

# Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII\_



- Hilfe zum Lebensunterhalt  
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Von der Behörde auszufüllen

|                    |                     |                 |
|--------------------|---------------------|-----------------|
| Antrag ausgegeben: | Antrag eingegangen: | Eingangstempel: |
|--------------------|---------------------|-----------------|

**Hinweis:**

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen und die benötigten Unterlagen beizufügen. Originalbelege erhalten Sie nach Gebrauch zurück. Bitte beachten Sie die Erläuterungen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden (§ 66 SGB I).

| 1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen      | 1. Person   | 2. Person   |
|---|---|---|
|   | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers   | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers   |
|   | <b>Antragsteller/in 1</b>   | <input type="checkbox"/> Antragsteller/in 2<br><input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend)<br><input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend)<br><input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft |
| Familienname                                      |   |   |
| Geburtsname                                       |   |   |
| Vorname   |   |   |
| Straße, Hausnummer                                |   |   |
| PLZ, Ort  |   |   |
| Telefon (freiwillig)                              |   |   |
| Geburtsdatum und -ort                             |   |   |
| Rentenversicherungsnummer                         |   |   |
| Familienstand                                     | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> geschieden seit: | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> geschieden seit:   |
| Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Staatsangehörigkeit                               |   |   |
| bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status     |   |   |
| Kontingentflüchtling?                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Spätaussiedler/in?                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Datum der Einreise in die Bundesrepublik          |   |   |
| z. Zt. ausgeübte Tätigkeit                        |   |   |

|  | 1. Person  |  | 2. Person  |  |
|--|--|--|--|--|
| Betreuer/in:<br>Familienname   | Kopie der Bestellurkunde beifügen  |  | Kopie der Bestellurkunde beifügen  |  |
| Vorname  |  |  |  |  |
| Straße, Hausnummer   |  |  |  |  |
| PLZ, Ort   |  |  |  |  |
| Telefon (freiwillig)   |  |  |  |  |
| Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus o. ä.) oder einer ambulant betreuten Wohnform? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja:<br>seit wann?   |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja:<br>seit wann?             |  |
| Falls ja:<br><b>Wo haben Sie vorher gewohnt?</b>   | <b>Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform</b>  |  | <b>Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform</b>                |  |
| Haben Sie bereits Sozialhilfeleistungen erhalten?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja:<br>von wann?<br>bis wann?   |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja:<br>von wann?<br>bis wann? |  |
|  | <b>Weitere im Haushalt bzw. in der Wohngemeinschaft lebende Personen (z. B. Kinder, Eltern, Verwandte, Verschwägerte, andere Personen)</b> |  |  |  |
|  | <b>3. Person</b>   | <b>4. Person</b>   | <b>5. Person</b>   | <b>6. Person</b>   |
| Familienname   |  |  |  |  |
| Geburtsname  |  |  |  |  |
| Vorname  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum und -ort  |  |  |  |  |
| Familienstand  |  |  |  |  |
| persönliche Stellung zum Antragsteller   |  |  |  |  |
| Staatsangehörigkeit  |  |  |  |  |
| bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status  |  |  |  |  |
| Datum der Einreise in die Bundesrepublik   |  |  |  |  |
| z. Zt. ausgeübte Tätigkeit   |  |  |  |  |
| Schwerbehindertenausweis?  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____            | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____                  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____            |
| <b>Kopie des Ausweises beifügen!</b>   | _____<br>Merkzeichen G od. aG<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | _____<br>Merkzeichen G od. aG<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____<br>Merkzeichen G od. aG<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       | _____<br>Merkzeichen G od. aG<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| Zusätzliche Angaben zu im Haushalt lebenden minderjährigen Kindern der 1. und 2. Personen   |  |   |  |   |           |
|---|--|---|--|---|-----------|
| Name des Kindes   |  |   |  |   |           |
| Name und Anschrift der Mutter / des Vaters, sofern diese <b>nicht</b> im Haushalt leben   |  |   |  |   |           |
| Name der Krankenkasse   |  |   |  |   |           |
| Besteht eine Beistandschaft?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Name u. Aktenzeichen der Dienststelle: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Name u. Aktenzeichen der Dienststelle: |           |
| zustehender Unterhaltsbeitrag je Monat  | €  | €   | €  | €   |           |
| Unterhaltsregelung mit Datum u. Aktenzeichen  |  |   |  |   |           |
| <b>2. Unterhalt</b>   | <b>1. Person</b>   |   | <b>2. Person</b><br>nur ausfüllen, wenn auch Antragsteller/in  |   |           |
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen od. Partner/innen einer Lebenspartnerschaft?                              | <input type="checkbox"/> nein, Grund:<br><input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) |   | <input type="checkbox"/> nein, Grund:<br><input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) |   |           |
| Familienname  | <b>des/der geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten/Ehegattin oder Partners/Partnerin</b>   |   | <b>des/der geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten/Ehegattin oder Partners/Partnerin</b>   |   |           |
| Vorname   |  |   |  |   |           |
| Straße, Hausnummer  |  |   |  |   |           |
| PLZ, Ort  |  |   |  |   |           |
| Geburtsdatum und -ort   |  |   |  |   |           |
| Unterhaltspflichtige Angehörige <b>außerhalb</b> der Haushaltsgemeinschaft<br>(z. B. Kinder – auch aus früheren Ehen -, nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern) |  |   |  |   |           |
| Familienname  | Vorname  | Verwandschafts-<br>verhältnis   | Familienstand  | z. Zt. ausgeübte<br>Tätigkeit   | Anschrift |
| 1.  |  |   |  |   |           |
| 2.  |  |   |  |   |           |
| 3.  |  |   |  |   |           |
| 4.  |  |   |  |   |           |
| 5.  |  |   |  |   |           |
|   | <b>1. Person</b>   |   |  | <b>2. Person</b>  |           |
| Verfügungen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein über erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja, wer?  |   |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja, wer?                         |           |

| <b>3. Bedarfsfeststellung</b><br>Bitte alle Beträge in € angeben   |  |                               |                 |        |                             |             |
|--|--|-------------------------------|-----------------|--------|-----------------------------|-------------|
| <b>3.1 Kosten der Unterkunft – Von Personen in stationären Einrichtungen nur auszufüllen, wenn der Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft außerhalb der Einrichtung lebt. Bitte aktuelle Nachweise (z. B. Mietvertrag, Aufschlüsselung der Mietnebenkosten) beifügen</b> |  |                               |                 |        |                             |             |
| Zahl der Personen in der Wohnung:  | Wohnfläche:  |                               |                 |        | Qm                          |             |
| Einzugsdatum:  | Jahr der Bezugsfertigkeit:   |                               |                 |        |                             |             |
| mtl. <b>Gesamtkosten</b> der Unterkunft (ohne Heizkosten):   |  |                               |                 |        | €                           |             |
| davon Mietzins:  |  |                               |                 |        | €                           |             |
| davon Nebenkosten:<br><b>(ohne Heizkosten)</b><br><b>Heizkosten bitte bei 3.2 eintragen!</b>   |  |                               |                 |        | €                           |             |
| Enthalten die oben genannten Beträge   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| - Kosten für Haushaltsstrom?   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| - Kosten für Warmwasserbereitung?  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| - Kosten für Schönheitsreparaturen?  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| - Kosten für Möblierung?   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| - Kosten für den Fernsehempfang über Kabel?<br>Können diese Kosten, z. B. durch Abmeldung des Kabelanschlusses vermieden werden?<br>falls nein: Bitte Bestätigung des Vermieters beifügen!   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:  |  |                               |                 |        | €                           |             |
| <input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer <input type="checkbox"/> möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer  |  |                               |                 |        |                             |             |
| <b>3.2 Heizkosten</b><br>Bitte aktuelle Nachweise (z. B. letzte Jahresabrechnung bzw. Einstufung des Energieversorgungsunternehmens) beifügen  |  |                               |                 |        |                             |             |
| Höhe der mtl. Kosten:  |  |                               |                 |        | €                           |             |
| Art der Beheizung:<br><input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> sonstige Art (welche?) _____  |  |                               |                 |        |                             |             |
| Enthalten die oben genannten Beträge   |  |                               |                 |        |                             |             |
| - Kosten für Haushaltsstrom?   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| - Kosten für Warmwasserbereitung (z. B. Boiler)?   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| - Kosten für Kochenergie (z. B. Gas)?  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: |        | €                           |             |
| <b>3.3 Haus- und Wohneigentum</b>  |  |                               |                 |        |                             |             |
| Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!   |  |                               |                 |        |                             |             |
| Zusätzl. Angaben bei Haus- u. Grundbesitz  | Zins   | Betrag                        | Tilgung         | Betrag | Sonstige Aufwendungen (Art) | Betrag      |
| Wohngeld (Miet- oder Lastenzuschuss)   | <input type="checkbox"/> beantragt<br><input type="checkbox"/> bewilligt | Zeitraum:                     |                 |        |                             | Betrag mtl. |
| Mietrückstände bestehen  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein             | Zeitraum:                     |                 |        |                             | Betrag      |

| 3.4 Mehrbedarf  | 1. Person   | 2. Person   |
|---|---|---|
| Schwerbehindertenausweis?<br><b>Kopie des Ausweises beifügen!</b>   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____<br>Merkzeichen G od. aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____<br>Merkzeichen G od. aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft?<br>Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Schwangerschaftswoche: _____   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Schwangerschaftswoche: _____   |
| Sind Sie alleinerziehend?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein   |
| Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?  | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen<br><input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen<br><input type="checkbox"/> nein  |
| <b>3.5 Kranken-/Pflegeversicherung – Bitte Nachweise beifügen; bei privater Versicherung Leistungsumfang darlegen!</b>  |   |   |
| Wo sind Sie versichert?   | <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig<br><input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat     | <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig<br><input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat     |
| bei freiwilliger oder privater Versicherung Höhe des mtl. Beitrags  |   |   |
| <b>4. Einkommen (Bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Monate beifügen)</b><br>(z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 3 Monate)<br><b>Hinweis: Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind.</b> |   |   |
|   | 1. Person   | 2. Person   |
| <b>vorhandenes Einkommen</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  |
| Erwerbseinkommen/<br>Ausbildungsvergütung   |   |   |
| Entgelt der WfbM  |   |   |
| Leistung der Krankenkasse   |   |   |
| Gewerbebetrieb  |   |   |
| Land- und Forstwirtschaft   |   |   |
| Vermietung und Verpachtung<br>(Untermiete bei 3.1 angeben!)   |   |   |
| Wohngeld/Lastenzuschuss   |   |   |
| Altersrente/Pensionen   |   |   |
| Erwerbsminderungsrente  |   |   |
| Unfallrente   |   |   |
| Witwenrente/Waisenrente   |   |   |
| Landwirtschaftliches Altersgeld   |   |   |
| Werksrente  |   |   |
| Arbeitslosengeld II, Sozialgeld–SGB II  |   |   |
| Arbeitslosengeld/Berufsausbildungs-<br>beihilfe/Eingliederungshilfe – SGB III   |   |   |
| Ausbildungsförderung – Bafög  |   |   |
| Kindergeld/Kinderzuschlag<br>Wird die Leistung an das Kind weitergegeben?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Unterhalt/Unterhaltsvorschuss   |   |   |
| Geldwerte Ansprüche – auch soweit sie umstritten, aber ggf. gerichtlich geltend gemacht sind<br>(z. B. Leistungen der Renten-, Kranken-, Pflege-, Arbeitslosenversicherung, Unterhalt, sonstige Versicherungsleistungen, Wohnrecht, Naturalien, Schadensersatz, Erbteilsansprüche, Lohn, Sonstiges)   |   |   |
| Steuererstattung  |   |   |
| Kapitalerträge (Zinsen)   |   |   |
| <b>sonstige Einkünfte</b>   |   |   |
| Haben Sie eine oder mehrere der o. g. Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Zahlung?   | <b>Falls ja, bitte Leistungsart, Antragsdatum, Aktenzeichen angeben.</b>  |   |
|   |   |   |

| 4.1 Ausländische Renten  |  |  |
|--|--|--|
| Einreise in die Bundesrepublik Deutschland (bitte genaues Datum angeben):  |  |  |
| Letzter Wohnsitz vor der Einreise nach Deutschland (Adresse, Land):  |  |  |
| <b>Lebenslauf</b>  | <b>von</b>   | <b>Bis</b>   |
| Berufsausbildung   |  |  |
| Erwerbstätigkeit   |  |  |
| Zuletzt ausgeübter Beruf:  |  |  |
| Ich erhalte eine ausländische Rente (bitte Nachweis beifügen)  | <input type="checkbox"/>   |  |
| Ich erhalte <u>keine</u> ausländische Rente und habe aus folgendem Grund auch keinen Anspruch darauf (Begründung)  | <input type="checkbox"/>   |  |
| Ich erhalte derzeit keine ausländische Rente. Ich werde die Rente umgehend beantragen und lege innerhalb von 14 Tagen einen Nachweis vor   | <input type="checkbox"/>   |  |
| <b>Wenn Sie die Rente auf ein Konto in Russland ausbezahlen bekommen, benötigen wir einen Nachweis, woraus die aktuelle Rentenhöhe ersichtlich ist (Rentenbescheid, Kontoauszug ...). Sollte die Rente früher bereits abgelehnt oder bei Ausreise eingestellt worden sein, benötigen wir eine Bestätigung der russischen Rentenfonds über die Nichtzahlung oder Einstellung der russischen Rente unter Angaben von Gründen (ins Deutsche übersetzt).</b> |  |  |
| 4.2 Grundrentenzeiten/Vergleichbare Zeiten aus anderweitigen Alterssicherungssystemen<br>(Entsprechende Nachweise über die erworbenen Zeiten sind beizufügen)  |  |  |
| Haben Sie Grundrentenzeiten bei der Deutschen Rentenversicherung gemäß § 76g Abs. 2 SGB VI erworben?   | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> nein            |  |
| Haben Sie vergleichbare Zeiten in einer Versicherungspflicht nach § 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte erworben?  | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> nein            |  |
| Haben Sie vergleichbare Zeiten in einer sonstigen Beschäftigung, für welche Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 5, 6 SGB VI bestand, erworben, z.B. in Stiftungen, Körperschaften, Anstalten, als Lehrer/in an nicht-öffentlichen Schule, etc.?  | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> nein            |  |
| Haben Sie vergleichbare Zeiten in einer Versicherungspflicht in einer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet ist, erworben, z.B. Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, etc.?  | <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> nein            |  |
| 4.3 Freiwillige Altersvorsorge<br>(Entsprechende Nachweise sind beizufügen)  |  |  |
| Haben Sie vor Erreichen der Regelaltersgrenze auf <u>freiwilliger</u> Grundlage Altersvorsorge betrieben, z.B. Betriebsrente, Riester-Rente, Rürup-Rente, freiwillige Beiträge in der gesetzlichen Rentenversicherung?   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein                                 |  |
| 5. vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 3 berücksichtigt)<br>(Entsprechende Nachweise sind beifügen)  |  |  |
| Ausgaben   | mtl. Betrag  | mtl. Betrag  |
| Steuern auf das Einkommen  |  |  |
| Sozialversicherungsbeiträge  |  |  |
| Haftpflichtversicherungsbeiträge   |  |  |
| Hausratversicherung  |  |  |
| Altersvorsorgebeiträge   |  |  |
| Sterbegeldversicherung   |  |  |
| Aufwendungen f. Arbeitsmittel  |  |  |
| Beiträge für Berufsverbände o. ä.  |  |  |
| bei Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit  |  |  |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle  | km   | Km   |
| Kosten für öffentliche Verkehrsmittel  |  |  |
| bei Nutzung eines Kfz  | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa |

**6. Einkommen der Personen 3 bis 6 (Bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Monate beifügen)**  
(z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 3 Monate)  
**Hinweis: Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind.**

|   | <b>3. Person</b>   | <b>4. Person</b>  | <b>5. Person</b>  | <b>6. Person</b>  |
|---|--|---|---|---|
| <b>vorhandenes Einkommen</b>  | <b>mtl. Betrag</b>   | <b>mtl. Betrag</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  |
| Erwerbseinkommen/<br>Ausbildungsvergütung   |  |   |   |   |
| Entgelt der WfbM  |  |   |   |   |
| Leistung der Krankenkasse   |  |   |   |   |
| Gewerbebetrieb  |  |   |   |   |
| Land- und Forstwirtschaft   |  |   |   |   |
| Vermietung und Verpachtung<br>(Untermiete bei 3.1 angeben!)   |  |   |   |   |
| Wohngeld/Lastenzuschuss   |  |   |   |   |
| Altersrente/Pensionen   |  |   |   |   |
| Erwerbsminderungsrente  |  |   |   |   |
| Unfallrente   |  |   |   |   |
| Witwenrente/Waisenrente   |  |   |   |   |
| Landwirtschaftliches Altersgeld   |  |   |   |   |
| Werksrente  |  |   |   |   |
| Arbeitslosengeld II, Sozialgeld-SGB II  |  |   |   |   |
| Arbeitslosengeld/Berufsausbildungs-<br>beihilfe/Eingliederungshilfe – SGB II  |  |   |   |   |
| Ausbildungsförderung – BaföG  |  |   |   |   |
| Kindergeld/Kinderzuschlag<br>Wird die Leistung an das Kind<br>weitergegeben?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Unterhalt/Unterhaltsvorschuss   |  |   |   |   |
| Geldwerte Ansprüche – auch soweit sie<br>umstritten, aber ggf. gerichtlich geltend gemacht sind<br>(z. B. Leistungen der Renten-, Kranken-, Pflege-,<br>Arbeitslosenversicherung, Unterhalt, sonstige<br>Versicherungsleistungen, Wohnrecht, Naturalien,<br>Schadensersatz, Erbteilsansprüche, Lohn, Sonstiges) |  |   |   |   |
| Steuererstattung  |  |   |   |   |
| Kapitalerträge (Zinsen)   |  |   |   |   |
| <b>sonstige Einkünfte</b>   |  |   |   |   |
| <b>Haben Sie eine oder mehrere der<br/>o. g. Leistungen beantragt, erhalten<br/>aber noch keine Zahlung?</b>  | <b>Falls ja, bitte Leistungsart, Antragsdatum, Aktenzeichen angeben.</b> |   |   |   |

**7. vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 7 berücksichtigt) Bitte Nachweise beifüg.**

| <b>Ausgaben</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  | <b>mtl. Betrag</b>  |
|--|---|---|---|---|
| Steuern auf das Einkommen                              |   |   |   |   |
| Sozialversicherungsbeiträge                            |   |   |   |   |
| Haftpflichtversicherungsbeiträge                       |   |   |   |   |
| Hausratversicherung                                    |   |   |   |   |
| Altersvorsorgebeiträge                                 |   |   |   |   |
| Sterbegeldversicherung                                 |   |   |   |   |
| Aufwendungen f. Arbeitsmittel                          |   |   |   |   |
| Beiträge für Berufsverbände o. ä.                      |   |   |   |   |
| <b>bei Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit</b> |   |   |   |   |
| Entfernung zwischen<br>Wohnung und Arbeitsstelle       | km  | km  | km  | km  |
| Kosten für öffentliche<br>Verkehrsmittel               |   |   |   |   |
| bei Nutzung eines Kfz                                  | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa<br><input type="checkbox"/> Motorrad | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa<br><input type="checkbox"/> Motorrad | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa<br><input type="checkbox"/> Motorrad | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa<br><input type="checkbox"/> Motorrad |

**8. Meine Bedarfsgemeinschaft verfügt über erhebliches Vermögen.**

Erheblich ist sofort für den Lebensunterhalt verwertbares Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über 60.000 Euro sowie über 30.000 Euro für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft. Beispiele: Girokonten, Sparbücher, Schmuck, Aktien, Lebensversicherungen.

ja  nein

Sollte bei Ihnen erhebliches Vermögen vorliegen, füllen Sie bitte die beigefügte Vermögenserklärung aus.

| 9. Vermögensübertragungen  | 1. Person  | 2. Person  |
|--|--|--|
| Wurde Vermögen in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)? | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag<br><input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja:<br>wann?<br><br>in welcher Höhe?<br><br>an wen? | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag<br><input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja:<br>wann?<br><br>in welcher Höhe?<br><br>an wen? |

| 10. Ermittlung eines ggf. kostenerstattungspflichtigen Trägers                                | 1. Person   | 2. Person   |
|---|---|---|
| Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**11. Ggf. zu zahlende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Name und Vorname des Kontoinhabers |  |
| Name und Sitz des Geldinstituts    |  |
| IBAN                               |  |
| BIC                                |  |

Hiervon abweichend bin ich mit folgenden Direktzahlungen einverstanden :

Miete an Vermieter       Energiekosten an Energieversorger       Beitrag an Kranken- bzw. Pflegekasse

**Der Aufbewahrung einer Ausweiskopie in der Akte wird zugestimmt**       ja  nein

Den Antrag auf Sozialhilfeleistungen mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin oder mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.
- Ich möchte ausschließlich Grundsicherungsleistungen erhalten, auf einen evtl. ergänzenden Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt verzichte ich. Ich weiß, dass ich diesen Verzicht jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift 1. Person - Antragsteller/in

Unterschrift 2. Person

**Bitte senden Sie den Antrag ausgefüllt und unterschrieben zurück an:**  
Landratsamt Rottweil – Kreissozialamt - Olgastraße 6 - 78628 Rottweil