i	hiringen	000
	Formularboo	
	Zentraler	

Antrag auf Gewäh	rung von	Sozialhilfe
------------------	----------	-------------

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSi)

ausgegeben/gestellt am	Namenszeichen

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. 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 § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden (§ 66 SGB I).

Hilfe zum Lebensunterha Hilfe zur Gesundheit Eingliederungshilfe (für behinderte Menschen) Hilfe zur Pflege Hilfe in anderen Lebensla Begründung des Antrags / der No	(z. B. Kosten für Pflegeperson, Pflegegeld) (z. B. Weiterführung Haushalt, Altenhilfe, Hilfe	e in sonstigen Lebenlagen, Bestattungskosten)
I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	Nachfragende Person Antragsteller(in) 1	Ehegatte Lebenspartner(in) Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft Antragsteller(in) 2
Familienname	Antiagsteller(iii)	Antragsteller(III) 2
(und ggf. Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Land		
Familienstand	ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet eingetragene Lebens- partnerschaft	ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet eingetragene Lebens- partnerschaft
Staatsangehörigkeit(en)	(Kopie des Ausweises beifügen)	(Kopie des Ausweises beifügen)
Aussiedler/Spätaussiedler	ja nein (Registrierschein/Bescheinigung § 15 BVFG)	ja nein (Registrierschein/Bescheinigung § 15 BVFG)
In Deutschland lebend seit		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort		
Telefon (freiwillige Angabe)		
Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)		
	(Betreuerausweis/Vollmacht beifügen)	(Betreuerausweis/Vollmacht beifügen)

 www.formlab-gmbh.de 	
© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH - w	SGB-061-DE-FL – Antrag Sozialhilfe – (01/2019)

Arbeitslosigkeit*)	ja, seit	nein	ja, seit	nein
J. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.				
Volle Erwerbsminderung*)	ja	nein	ja	nein
*) bei Personen unter 65 Jahren	auf Dauer	befristet bis:	auf Dauer	befristet bis:
	Nachweis beifügen		Nachweis beifügen	
Schwerbehinderung	ja	nein	ja	nein
	Ausweis beifügen	Ausweis beantragt	Ausweis beifügen	Ausweis beantragt
Schwangerschaft	ja nein/nicht zutreffend		ja	nein/nicht zutreffend
	Nachweis beifügen		Nachweis beifügen	
Krankenkost erforderlich	ja	nein	ja	nein
Rentenversicherungs-Nr.				
Erwerbstätigkeiten im Ausland	von	bis	von	bis
	von	bis	von	bis
	von	bis	von	, bis
II. Familienverhältnisse 1. Weitere Personen <u>in</u> der <u>W</u>	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	edarf Beiblatt verwende
1. Weitere Personen <u>in</u> der <u>We</u>			-	
1. Weitere Personen <u>in</u> der <u>We</u>	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner
1. Weitere Personen <u>in</u> der <u>Wo</u>	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner
1. Weitere Personen <u>in</u> der <u>Wo</u> Familienname Vorname(n)	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner
1. Weitere Personen <u>in</u> der <u>Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weiter Person</u>	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner
1. Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weiter Personen	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner
	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner
1. Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weiter Personen	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner
1. Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weitere Personen in der Weiter Personen	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner	Mitbewohner

 ${\bf 2.} \quad {\bf Angeh\"{o}rige} \ \underline{{\bf au\&erhalb}} \ {\bf der} \ \underline{{\bf Wohnung/Unterkunft?}}$

	1			2	3	,		4		
Familienname										
Vorname(n)										
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)										
Geburtsdatum										
Geburtsort										
Familienstand										
Staatsangehörigkeit										
Verwandtschaft / Beziehung zum Antragsteller										
ausgeübte Tätigkeit										
Jahreseinkommen über 100.000 EUR?	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein		
III. Krankenversicherungssch (Angaben zu Antragsteller, Ehegat		minderiähri	gen Kinderr)						
Krankenversicherungsschutz?	nein		liedschaft bei				bis			
	ja	Mitgliedsch	naft bei		Mitgliedschaft bei					
Art der Mitgliedschaft	Pflichtversicherung (Auszubildender, Arbeitnehmer, Arbeitslosengeldempfänger, Rentner etc.									
	Pflichtv	ersicherun	g (Auszubil	dender, Arbeit	nehmer, Arbei	tslosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		
	freiwilli	ge Versiche	erung	dender, Arbeit	nehmer, Arbei	tslosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		
	freiwillie Familie		erung	dender, Arbeit	nehmer, Arbei	tslosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		
Abweichende	freiwillie Familie	ge Versiche nversicheru Versicheru	erung	dender, Arbeit		tslosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		
·	freiwillie Familie private	ge Versiche	erung	dender, Arbeit	nehmer, Arbei	tslosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		
Abweichende Krankenversicherung	freiwillie Familien private nein ja	ge Versiche nversicheru Versicheru	erung	dender, Arbeit		tslosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		
Abweichende Krankenversicherung Ehegatte/Partner/Kinder? Besteht Beihilfeanspruch? Private Zusatzversicherungen	freiwillie Familie private nein ja	ge Versicheru Versicheru Person	erung	dender, Arbeit		tsiosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		
Abweichende Krankenversicherung Ehegatte/Partner/Kinder? Besteht Beihilfeanspruch?	freiwillig Familier private nein ja nein	ge Versicheru Versicheru Person	erung	dender, Arbeit		tslosengeld	empfänger, F	Rentner etc.)		

nein

ja:

IV. Einkommensverhältnisse

1. Inländische Einkommen:

(Bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Monate beifügen!)

	Nachfragende Person Antragsteller 1	Person Partner Nr. 1 Nr. 2			Mitbewohner Nr. 3	Mitbewohner Nr. 4
	mtl./EUR mtl./EUR		mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR
Arbeits-/Erwerbseinkommen						
Arbeitslosengeld						
Arbeitslosengeld II / Sozialgeld						
Ausbildungshilfe/-förderung						
Einkommen aus Vermögen Zinsen/Dividenden/Vermietung etc.						
Kindergeld (für minderjährige Kinder)						
Kindergeld (für volljährige Kinder) Weitergabe des KiG an Kind/er?	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein
Krankengeld/ Übergangsgeld						
Pflegegeld						
Rente wegen Erwerbsminderung						
Erziehungsrente						
Altersrente/Pension						
Witwenrente/Waisenrente						
Betriebs-/Zusatz-/Leibrente						
Unfallrente						

2. Ausländische Einkommen:

(Bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Monate beifügen!)

	Nachfragende Person Antragsteller 1	Ehegatte Partner Antragsteller 2	Mitbewohner Nr. 1	Mitbewohner Nr. 2	Mitbewohner Nr. 3	Mitbewohner Nr. 4
	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR
Einkommen aus Vermögen Zinsen/Dividenden/Vermietung etc.						
Rente wegen Erwerbsminderung						
Erziehungsrente						
Altersrente/Pension						
Witwenrente/Waisenrente						
Betriebs-/Zusatz-/Leibrente						
Unfallrente						
Vertragl./private Leistungen Kost/Wohnrecht/Taschengeld etc.						
Sonstiges Einkommen						
Art						
Kein Einkommen						

3. Absetzbare Beträge: (Bitte Nachweise – Fahrkarte, Versicherungspolice(n) und letzte Beitragsrechnung(en) – beifügen!)

	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR	mtl./EUR
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
Aufwendungen Arbeitsmittel						
Beitrag Berufsverbände/VdK						
Haftpflichtversicherung						
Hausrat-/Einbruchdiebstahl-/ Feuer-/Wasserschaden-/ Glasbruchversicherung(en)						
Altersvorsorgeversicherung						
Unfallversicherung						
Krankenversicherung						
Lebens-/Sterbegeld- versicherung						

V. Vermögensverhältnisse

(Bitte beachten: Das Vermögen im Inland und im Ausland ist anzugeben)

(Angaben zu Antragsteller, Ehegatte/Partner und minderjährigen Kindern)

(Bitte Nachweise - Kontoauszüge der letzten 6 Monate, Sparbücher, Versicherungspolicen etc. - beifügen!)

	Per	agende son steller 1	Par	gatte rtner steller 2		wohner r. 1		ewohner Nr. 2		wohner r. 3		wohner r. 4
Bargeld	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Wert		€		€		€		€		€		€
Bankkonten, Bausparverträge etc.	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Anzahl Konten/Verträge		Konten		Konten		Konten		Konten		Konten		Konten
Wert aller Guthaben insgesamt		€		€		€		€		€		€
Wertpapiere, Aktien, Fonds	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Anzahl Anlagen		Anlagen		Anlagen		Anlagen		Anlagen		Anlagen		Anlagen
Wert aller Anlagen insgesamt		€		€		€		€		€		€
Lebens-, Sterbegeld-, Renten-, Ausbildungs-,	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Aussteuerversicherung Anzahl Verträge		Verträge		Verträge		Verträge		Verträge		Verträge		Verträge
Rückkaufswert aller Verträge		€		€		€		€		€		€
Haus-, Grundeigentum	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Anzahl Häuser u. Wohnungen/ Fläche bebaute Grundstücke	1	m²	1	m²	1	m²	1	m²	1	m²	1	m
Fläche unbebaute Grundstücke		m²		m²		m²		m²		m²		m
(geschätzte) Verkehrswerte		€		€		€		€		€		€

www.formlab-gmbh.de	
AB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH	SGB-061-DE-FL – Antrag Sozialhilfe – (01/2019)

	Nachfragende Person Antragsteller 1	Ehegatte Partner Antragsteller 2	Mitbewohner Nr. 1	Mitbewohner Nr. 2	Mitbewohner Nr. 3	Mitbewohner Nr. 4
(Kraft-)Fahrzeuge(e)	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein
Kennzeichen						
Forderungen, Ansprüche gegen Dritte	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein
Wert Forderungen/Ansprüche	€	€	€	€	€	€
Sonstige Vermögen (wertvolle Möbel, Geräte, Hausratgegenstände, Münzen, Schmuck, Bücher, Sammlungen etc.)	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein
Art des Vermögens						
Wert des Vermögens	€	€	€	€	€	€
Wurden Vermögenswerte (z. B. Haus, Grundstück, Geld, Konten, Wertpapiere, Kapital- verträge etc.) in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung veräußert, übertragen oder verschenkt?	nein ja, ohne schriftlichen Vertrag ja, siehe beiliegende Urkunde	nein ja, ohne schriftlichen Vertrag ja, siehe beiliegende Urkunde	nein ja, ohne schriftlichen Vertrag ja, siehe beiliegende Urkunde	nein ja, ohne schriftlichen Vertrag ja, siehe beiliegende Urkunde	nein ja, ohne schriftlichen Vertrag ja, siehe beiliegende Urkunde	nein ja, ohne schriftlichen Vertrag ja, siehe beiliegende Urkunde
Zeitpunkt/Jahr der Übertragung						
25parimodin doi Obortiagung						
Art des Vermögens						
Wert des Vermögens	€	€	€	€	€	€

VI. Wohnverhältnisse

(Bitte Mietvertrag und letzte Heiz- und Nebenkostenabrechnung beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung	Person(en)					
Art der Wohnung	Miete Untermiete	Miete Untermiete Eigentum (Haus/Wohnung) Mietfreiheit/Wohnrec				
Größe und Ausstattung der Wohnung / Zahl der Räume	Küche(n)	Bad/Dusche	wc	sonstige Zimmer		
	Wohnfläche: m²		Garage(n)	Stellplatz		
Miete/Unterkunftskosten	Kalt-/Grundmiete	mtl.	EUR			
(Bei selbst bewohntem Haus-/ Wohnungseigentum ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen)	Nebenkosten/Betriebskosten (Pauschale/Vorauszahlung)	mtl.	EUR	einschl. Heizkosten		
	Heizkosten (Vorauszahlung)	mtl.	EUR	einschl. Warmwasser		
	Sonstige Kosten	mtl.	EUR			
	Gesamtkosten	mtl.	EUR			

Die Miet-/Unterkunftskosten beinhalten auch Kosten für:	Warmwas	serbereitung	nein	ja	E	UR Warmw über Be	asser gesondert piler (Strom)
	Antenne /	Kabel	nein	ja	E	EUR	
	Garage / S	Stellplatz	nein	ja	E	:UR	
	Haushalts	strom	nein	ja	E	UR	
	Voll-/Teilm	nöblierung	nein	ja	E	:UR	
Art der Beheizung	ÖI	Gas	Holz/Ko	nle	Strom	Fernwärme	Sonstiges
Einnahmen aus Vermietung	nein	ja Leerzimmer	möbliert	EUR e Zimmer	möblie	erte Wohnung	Garage
Wohngeld (Mietzuschuss/Lastenzuschuss)	nein	ja, mtl.		EUR	beantr	agt	
Miete für Antragsmonat bezahlt?	nein	ja					
Bestehen Mietschulden?	nein	ja		EUR			
VII. Sonstiges							
Wurde bereits früher Sozialhilfe/ Grundsicherung bezogen?	nein	ja bis		von			
Erfolgte in den letzten 2 Monaten				·			
ein Umzug	nein	ja am		von			
eine Einreise aus dem Ausland	nein	ja am		von			
eine Entlassung aus		am		von			
einer stationären Einrichtungeinem Frauenhaus	nein	ja		Voli			
einem betreuten Wohneneiner Pflegestelle bei Minderjährigen							
Bestehen noch (ungeklärte) Ansprüche/Rechte gegen Dritte?	nein						
(z. B. Unfall, Krankheit, Schaden-	ja	gegen		wegen			EUR
ersatz, Unterhalt, Übergabe-/Vertrag, Renten, Erbschaft/Pflichtteil/ Vermächtnis etc.)	ja	gegen		wegen			EUR
VIII. Bankverbindung (für bargeldlose Zahlung der Sozia	alhilfe auf da	s Konto des Leistui	ngsberechtig	iten)			
Empfänger							
Geldinstitut							
				BIC			

Antragsteller 1

Datum

Den Sozialhilfeantrag mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde / als gesetzlicher Vertreter; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag eingetragen und/oder die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfen zurückzahlen muss bzw. diese auch im Wege der Aufrechnung einbehalten werden können.

Ich habe Kenntnis davon, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitteilen muss (§ 60 SGB I). Die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit, geringfügige Beschäftigung usw.) werde ich sofort anzeigen. Diese Mitteilungspflichten erstrecken sich auch auf Änderungen der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ich habe Kenntnis davon, dass Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen erhalten. Geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer werde ich daher vor der Abfahrt schriftlich anzeigen.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Sozialhilfeträger übergehen bzw. übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Rente usw.) geltend gemacht werden können.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Sozialdaten, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person dem Sozialhilfeträger über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Hat der Sozialhilfeträger diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf er diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Die Bankinstitute ermächtige und beauftrage ich zur Auskunftserteilung gegenüber dem Sozialhilfeträger über meine dort geführten Einlagen, Konten und Kontenbewegungen. Die behandelnden Ärzte, Kliniken und Gutachter entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit die Aufgaben des Sozialhilfeträgers Angaben erfordern. Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe. Diese Ermächtigungen gelten zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligungen.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung (zur Leistung von Amts wegen) nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (KFürsV) erteilt.

Für folgende Personen wurde für das Ifd. KJ eine Lohnsteuerkarte ausgestellt:

Unterschrift/Stempel

Ehegatte/Partner/Antragsteller 2

Bei Anträgen von Ehega	atten/Lebenspartnern/Partnern einer ehe	ähnlichen Gemeinschaf	ft):			
	ge meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Le on Sozialhilfebescheiden und entspre			er ehe	ähnlichen Gemeinscha	ft zui
Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners		Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten		
Der Antrag wurde von	m Sachbearbeiter aufgenommen/ergä	nzt/geändert. Dies wird	d genehmigt; die	Richti	gkeit wird hiermit bestät	igt.
Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners		Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten		
Sto	ellungnahme der Stadt / C	Gemeinde / Ver	waltungsge	emei	nschaft	
Die Angaben zu Nr.	überein		nicht überein*)			
Für die Wohnung de	nicht gemelde	nicht gemeldet gemeldet*)				
*) siehe gesonderte Ste	ellungnahme					
Der Sozialhilfeantrag	g ist hier am	eingegangen		aufgenommen worder	1	

Haushaltsangehörige(r) Nr.

Telefon-Durchwahl-Nr.