

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt 3. Kapitel SGB XII <input type="checkbox"/> Grundsicherung 4. Kapitel SGB XII <input type="checkbox"/> Krankenhilfe 5. Kapitel SGB XII <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe 6. Kapitel SGB XII <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege 7. Kapitel SGB XII <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	Eingangsvermerke Eingangsdatum Aktenzeichen
Begründung	

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen 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 Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Persönliche Verhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin

	Hilfesuchende(r) Person 1	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in) (Person 2)
Name (Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Staatsangehörigkeit(en)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verlebenspartnerschaftet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verlebenspartnerschaftet
Eheschließung	am	am
Heiratsort		
geschieden	am	am
Amtsgericht		
wurde eine Unterhaltsregelung vereinbart?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche?		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon		
Ausweispapiere	Bezeichnung (z. B. Reisepass)	Bezeichnung (z. B. Reisepass)
	Nummer	Nummer
	Ausstellungstag	Ausstellungstag
	Ausstellungsbehörde	Ausstellungsbehörde

Vertriebenenausweis	Hilfesuchende(r)		Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)	
	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Ausstellungstag		Ausstellungstag	
	Ausstellungsbehörde		Ausstellungsbehörde	
Höchster Schulabschluss an allgemeinbildenden Schulen				
a) Hauptschulabschluss einschl. Sonderschule	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr
b) qualif. Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr
c) qualif. beruflicher Bildungsabschluss (Quabi)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr
d) mittlere Reife	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr
e) Abitur	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr
Beschäftigung				
derzeitige Beschäftigung				
Arbeitgeber derzeit				
Erwerbstätigkeiten im Ausland	von	bis	von	bis
	von	bis	von	bis
	von	bis	von	bis
bei anderen Nichterwerbstätigen Grund der Nichterwerbstätigkeit				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z. B. Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte)				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status				
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis
b) Aufenthaltsberechtigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis
d) Aufenthaltsbefugnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis
e) Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis
Weitere Personen im eigenen Haushalt				
	1		2	
Name (Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort / Kreis / Land				
Staatsangehörigkeit(en)				

	1	2
Bargeld	EUR	EUR
Spar- und Bankguthaben	EUR	EUR
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
sonstige Vermögenswerte, und zwar		
Höhe des Nettoeinkommens	EUR	EUR
Sonstiges	EUR	EUR

Unterhaltspflichtige innerhalb und außerhalb des Haushaltes (Eltern, Kinder)

Verwandte in gerader Linie (§§ 1601 ff BGB)

Mutter zu Person 1 (Hilfesuchende/r)	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Vater zu Person 1 (Hilfesuchende/r)	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mutter zu Person 2 (Ehegatte/in / Lebenspartner/in)	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Vater zu Person 2 (Ehegatte/in / Lebenspartner/in)	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Kinder

Kind 1	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Kind 2	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Kind 3	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Kind 4	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
Beruf	
Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 EUR brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Getrennt lebender Ehegatte (§§ 1361 ff BGB)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Verheiratet seit	
getrennt lebend seit	
Höhe des Unterhalts	EUR
Unterhaltstitel	
<i>Bitte, soweit vorhanden, Unterhaltstitel in Kopie beilegen</i>	

Geschiedener Ehegatte (§§ 1361 ff BGB)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
geschieden seit	
Höhe des Unterhalts	EUR
Unterhaltstitel	
Unterhaltsverzicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Verzichtsnachweis vorlegen!
<i>Bitte, soweit vorhanden, Scheidungsurteil und Unterhaltstitel in Kopie beilegen</i>	

Falls der/die Hilfesuchende ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen ein nichteheliches Kind aufgeführt ist

Name des Kindes	
Name und Anschrift des Vaters	
Name und Anschrift des Betreuers	
Zuständiges Gericht	
Regelunterhalt pro Monat	EUR
Datum und Aktenzeichen des Vollstreckungstitels	
tatsächliche geleistete Zahlungen	EUR

Arbeitsverhältnisse in den letzten 3 Jahren vor Antragstellung

Hilfesuchender / Hilfesuchende		
Art der Tätigkeit		
Dauer	von – bis	von – bis
Arbeitgeber		
Beendigungsgründe		
zuständige Krankenkasse		

Ehegatte / Lebenspartner(in)		
Art der Tätigkeit		
Dauer	von – bis	von – bis
Arbeitgeber		
Beendigungsgründe		
zuständige Krankenkasse		

Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens (§ 82 Abs. 2 SGB XII)

einfache Wegstrecke vom Wohnort zur Arbeitsstelle		km
Fahrtkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln		EUR
sonstige Aufwendungen		EUR
arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Stammnummer
wurde beim Arbeitsamt Arbeitslosengeld oder andere Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
letzte Arbeitslosenmeldung am	Datum	(Bestätigung vom Arbeitsamt)
Ist bereits eine Arbeitsstelle in Aussicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, bei welcher Firma?		

Monatliches Nettoeinkommen des/der Hilfesuchenden und seiner/ihrer Familienangehörigen Nachweise sind beizufügen (§§ 82 ff SGB XII)

(Bitte die inländischen und die ausländischen Einkünfte angeben)

Art des monatlichen Einkommens	Hilfesuchender (Person 1) EUR	Ehegatte / Lebenspartner (Person 2) EUR	Sonstige Haushaltsangehörige	
			1 EUR	2 EUR
Arbeitnehmertätigkeit				
Gewerbe				
Kindergeld				
Krankengeld				
Mutterschaftsgeld				
Land- und Forstwirtschaft				
Wert des Austrages				
landwirtschaftliches Altersgeld				
Lastenausgleich / Unterhaltshilfe				
Miet- und Pachteinahmen				
Ehegattenunterhalt				
Unterhaltszahlungen				
Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt				
Altersruhegeld / Hinterbliebenenrente				
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente				
Knappschaftsrente				
Pension				
Unfallrente				
Österreichische Rente				
Schweizer Rente				
sonstige ausländische Renten				
Waisenrente				
Halbwaisenrente				
häusliches Pflegegeld				
Arbeitslosengeld				
Elterngeld				
Betreuungsgeld				
Unterhaltsgeld				
Übergangsgeld				
Berufsausbildungsbeihilfe				
Renten nach dem BVG				
Entschädigungsrente				
Betriebsrente				
Kapitalertrag / Zinsen				
USG-Leistungen				
BAföG				
Ziv. Blinden-Pflegegeld				

Sonstige Verhältnisse des Hilfesuchenden

Wann, woher und aus welchem Grunde hier zugezogen?	
Tag und Ort des Grenzübertrittes aus dem Ausland	
In Deutschland lebend seit Geburt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung oder -entlassung (§§ 106 ff SGB XII)

bei Aufnahme in ein Heim oder in eine Anstalt Wo waren Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme?	
bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw. Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim / eine Anstalt?	
Wer war bisher Kostenträger?	
Bezeichnung und Ort des Heims / der Anstalt	
bei Entlassung aus einem Heim oder einer Anstalt: Wo und bis wann war der Hilfesuchende zuletzt in einer Anstalt?	
Aufenthaltsorte seit der Entlassung	

Bei Kindern, welche in Krankenhäusern geboren wurden

Name und Anschrift des Krankenhauses	
Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor der Geburt des Kindes	
Wo hat sich das Kind seit der Entlassung aufgehalten? (genaue Anschrift und Zeiten!)	

Kosten der Unterkunft (§ 35 SGB XII)

Mieter Untermieter

Sind Sie Eigentümer eines Einfamilienhauses?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Eigentümer einer Eigentumswohnung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Eigentümer eines Zwei- oder Mehrfamilienhauses?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mietvertrag wurde abgeschlossen (Bitte Mietvertrag beilegen!)

Vermieter	
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Mieter	
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

besteht eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft (§ 20 SGB XII) mit den im Haushalt lebenden Personen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, mit wem?			
Belastung / Kaltmiete	EUR	Anzahl der Räume	
Nebenkosten	EUR	Zentralheizung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heizung	EUR	Stromheizung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	EUR	Öl- / Kohle- / Holzofenheizung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Größe der Wohnung	m ²	Wann wurde die Wohnung bezugsfertig?	Baujahr
Bad oder Dusche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde die Miete im Antragsmonat bereits bezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Wohngeld oder Lastenzuschuss nach dem Wohngeldgesetz?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Lastenzuschuss		monatlich	EUR
Wurde von Ihnen Wohngeld oder Lastenzuschuss beantragt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse	Beitrag monatlich	EUR
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> familienversichert	

Sonstiges

Beamtenrechtliche oder vergleichbare Ansprüche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherungsnummer
Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherungsnummer
Sind Sie Kriegsbeschädigter oder Kriegshinterbliebener?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eines Ihrer Kinder im Krieg gefallen oder vermisst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein Antrag auf Rente gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Antragstellung
Ist ein Antrag auf Rente abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja , Grund der Ablehnung	
Wenn ja , bei welchen Rentenversicherungsträger	Name des Rentenversicherungsträgers
Haben Sie bereits früher Sozialhilfe, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja , von welcher Behörde?	

Wovon haben Sie Ihren Lebensunterhalt bestritten?	
Sind Sie schwerbehindert (§ 30 SGB XII)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Bitte Bescheid in Kopie beifügen!</i>
Art und Grad der Behinderung	
Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder erteilt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Inhaber eines Vertriebenenausweises?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Bitte Ausweis in Kopie beifügen!</i>
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalles?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen!</i>
Wenn ja, welche Person?	
Name und Anschrift des Betreuers?	

Versicherungen (§ 82 Abs. 2 SGB XII)

Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Nachweise in Kopie beifügen!</i>
– Rückkaufswert	EUR
– Versicherungsnummer	
– Höhe der Versicherungssumme	EUR
Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Nachweise in Kopie beifügen!</i>
– Rückkaufswert	EUR
– Versicherungsnummer	
– Höhe der Versicherungssumme	EUR
Sonstige Versicherungen (Hausrat, Haftpflicht, Unfall usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Nachweise in Kopie beifügen!</i>

Nicht geklärte Ansprüche

Haben Sie oder Ihr Ehegatte weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen Sie noch keine Leistungen erhalten:

nein ja
 aus dem Lastenausgleich aus der Sozialversicherung
 als Kriegsbeschädigter aus Unfall
 aus anderem Rechtsgrund, nämlich

Antrag gestellt am Datum

Grundsicherung im Alter bei Erwerbsminderung (§ 41 SGB XII)

Bezug von Grundsicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	für _____
Antrag auf Grundsicherungsleistungen gestellt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	für _____

Vermögenswerte (§ 90 SGB XII)

(Bitte beachten: Vermögenswerte im Inland und im Ausland sind anzugeben)

Hilfesuchender / Hilfesuchende					
Spar- und Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Geldinstitut _____				
	IBAN _____	BIC _____			
Bargeld	Ich verfüge über _____				EUR
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welcher Art und wo?					
Vertraglich gesicherte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welche: (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Wartung) – <i>Nachweise vorlegen!</i> –					
Sonstige Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> ich habe kein sonstiges Vermögen				
	<input type="checkbox"/> ich habe Vermögenswerte in Form von (z. B. Wertpapieren, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte (Darlehen) usw.)				
Kraftfahrzeug (auch ohne derzeitige Zulassung)	Kennzeichen	Hersteller	Typ	Baujahr	Zeitwert
					EUR
Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)					
Spar- und Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Geldinstitut _____				
	IBAN _____	BIC _____			
Bargeld	Ich verfüge über _____				EUR
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welcher Art und Wo?					
Vertraglich gesicherte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welche: (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Wartung) – <i>Nachweise vorlegen!</i> –					

Sonstige Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> ich habe kein sonstiges Vermögen				
	<input type="checkbox"/> ich habe Vermögenswerte in Form von (z. B. Wertpapieren, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte (Darlehen) usw.				
Kraftfahrzeug (auch ohne derzeitige Zulassung)	Kennzeichen	Hersteller	Typ	Baujahr	Zeitwert EUR
Kind 1					
Spar- und Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Geldinstitut				
	IBAN			BIC	
Bargeld	Ich verfüge über				EUR
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welcher Art und Wo?					
Vertraglich gesicherte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welche: (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Wartung) – <i>Nachweise vorlegen!</i> –					
Sonstige Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> ich habe kein sonstiges Vermögen				
	<input type="checkbox"/> ich habe Vermögenswerte in Form von (z. B. Wertpapieren, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte (Darlehen) usw.				
Kraftfahrzeug (auch ohne derzeitige Zulassung)	Kennzeichen	Hersteller	Typ	Baujahr	Zeitwert EUR
Kind 2					
Spar- und Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Geldinstitut				
	IBAN			BIC	
Bargeld	Ich verfüge über				EUR
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welcher Art und Wo?					
Vertraglich gesicherte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welche: (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Wartung) – <i>Nachweise vorlegen!</i> –					
Sonstige Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> ich habe kein sonstiges Vermögen				
	<input type="checkbox"/> ich habe Vermögenswerte in Form von (z. B. Wertpapieren, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte (Darlehen) usw.				
Kraftfahrzeug (auch ohne derzeitige Zulassung)	Kennzeichen	Hersteller	Typ	Baujahr	Zeitwert EUR

Übergabe (Schenkung oder Veräußerung) von Vermögenswerten innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung (§§ 516 ff BGB) (Bitte Nachweise vorlegen!)

Zentraler Formularpool Thüringen

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Barvermögen in EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wertpapiere usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige	<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
Wenn ja: Zeitpunkt, Anlass, Art und Empfänger angeben		
Wurden Verträge zugunsten Dritter abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, für wen?		

Bankverbindung

Empfänger	
Geldinstitut	
IBAN	BIC

Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten / Lebenspartners

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als 1 Monat dauernde Abwesenheit (z. B. Krankenhausaufenthalte, Kuren) sofort unaufgefordert mitzuteilen.

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.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit – soweit für die Hilfgewährung erforderlich – Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte.

Den behandelnden Arzt, Kliniken, ärztliche Gutachter und Rentenversicherungsträger entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

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

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers / gesetzl. Vertreter(in)	Unterschrift Ehegatte(in) / Lebenspartner
------------	--	---

Dem Antrag sind folgende Unterlagen / Nachweise / Belege beizulegen

- Kopie des Ausweisdokuments
- aktuelle Meldebestätigung
- vollständige Kopie des Schwerbehindertenausweises
- sämtliche Einkommensnachweise
- sämtliche Vermögensnachweise

Stellungnahme der Wohnsitzgemeinde

Vorstehende Angaben des/der Antragstellers(in) erscheinen glaubhaft nicht glaubhaft
Der Antrag wird _____ befürwortet nicht befürwortet
weil

Der/die Antragsteller(in) ist am _____ aus _____
zugezogen und hier in _____ seit _____ wohnhaft.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Gemeinde