

Markt Wertach

Rathausstr. 3

87497 Wertach

Antrag auf Sozialhilfe

<p>Hinweis</p> <p>Falls eine einzelne volljährige Person eine getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, können die Daten in einem weiteren Antrag auf Sozialhilfe eingetragen werden. 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 (SGB X) – Zehntes Buch, den §§ 60 bis 65, 67a, b, c des Sozialgesetzbuches (SGB I) Erstes Buch – Allgemeiner Teil – und dem § 121 des Sozialgesetzbuches (SGB XII) Zwölftes Buch – Statistik. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialhilfe ganz oder teilweise versagt werden.</p> <p>Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu diesem Vordruck und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Nachweise/Belege sind zu diesem Antrag auf Verlangen vorzulegen oder es ist deren Vorlage zuzustimmen. Originalunterlagen erhalten Sie zurück.</p>	<p>Datum</p> <input type="text"/> <p>Aktenzeichen</p> <input type="text"/>
--	---

Art der beantragten Hilfe

Personenziffer (PZ)	PZ 1	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	PZ 2	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	PZ 3	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	Leistungsberechtigte/ Leistungsberechtigter			<input type="checkbox"/> Vater bei unverheirateten Minderjährigen	<input type="checkbox"/> Ehegatte nicht getr. lebend		<input type="checkbox"/> Mutter bei unverheirateten Minderjährigen	<input type="checkbox"/> Art der Beziehung zum Leistungsberechtigten
Familienname	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Geburtsname	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Vorname	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Anschrift: Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort	<input type="text"/>						Telefon (freiwillig)	<input type="text"/>	
Geburtsdatum,	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Geburtsort und Geburtskreis	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Familienstand	<input type="text"/> seit <input type="text"/>			<input type="text"/> seit <input type="text"/>		<input type="text"/> seit <input type="text"/>			
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r			<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r		<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r			
Staatsangehörigkeit bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Bei 15- bis 64-Jährigen Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit. Falls arbeitslos, seit wann? Kd.-Nr. der Agentur für Arbeit	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Aktenzeichen		Antrag auf Sozialhilfe				Datum	
Vormund/Betreuer (siehe Bestellungs- urkunde) Anschrif: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon, E-Mail							
Schwerbehinderten- ausweis/Bescheid des Versorgungs- amtes oder Ausweises beifügen	Datum	Grad der Behinderung	Datum	Grad der Behinderung	Datum	Grad der Behinderung	
		%		%		%	
Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten	Urteil o. Ä. vom		Geschäftszeichen				
			– Gericht in				

Weitere minderjährige Personen im Haushalt

Persönliche Verhältnisse	PZ 4	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	PZ 5	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	PZ 6	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familienname						
Geburtsname						
Vorname						
Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtskreis						
Familienstand		seit		seit		seit
Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten						
Staatsangehörigkeit bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status						
Bei 15- bis 64-Jährigen Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit. Falls arbeitslos, seit wann? Kd.-Nr. der Agentur für Arbeit						

I. Volljährige Personen im Haushalt (soweit bisher nicht aufgeführt)

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten	Bestreitet seinen Lebensunterhalt selber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten	Bestreitet seinen Lebensunterhalt selber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten	Bestreitet seinen Lebensunterhalt selber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Aktenzeichen	Antrag auf Sozialhilfe	Datum
<input type="text"/>		<input type="text"/>

II. Unterhaltspflichtige/unterhaltsberechtigzte Personen außerhalb des Haushaltes

(z. B. leibliche Kinder/Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Lebenspartnerin/Lebenspartner)

Familienname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten <input type="text"/>	Anschrift	<input type="text"/>
Familienname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten <input type="text"/>	Anschrift	<input type="text"/>
Familienname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten <input type="text"/>	Anschrift	<input type="text"/>
Besteht ein Unterhaltstitel? Zu wem?	<input type="text"/>		
Aktenzeichen	<input type="text"/>		

III. Kinder von nicht miteinander verheirateten Eltern

PZ	Name und Anschrift des unterhaltspflichtigen Elternteiles	Vaterschaft anerkannt vor/ Festgestellt durch/am	Unterhaltsbeistandschaft: Name/Anschrift des Jugendamtes	Höhe des festgesetzten mtl. Unterhaltsbetrages	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Betrag/€	Datum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Betrag/€	Datum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Betrag/€	Datum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. Aufenthaltsverhältnisse

Zugezogen am	wie die Personen	<input type="text"/>	Zuzug einzelner Personen	PZ <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
<input type="text"/>	Personenziffer (PZ)	<input type="text"/>		PZ <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
Wurde bereits Sozialhilfe/ Grundsicherung geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom Sozialamt bis <input type="text"/>					

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (z. B. Aufenthalt in einer Einrichtung, einem Krankenhaus, Heim, Jugendvollzugsanstalt)

von	bis	in (Orte mit Kreiszugehörigkeit lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung	Übergangseinrichtung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Den Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung angeben	Datum der Entlassung aus der Einrichtung
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aktenzeichen	Antrag auf Sozialhilfe	Datum
<input type="text"/>		<input type="text"/>

V. Bei Übertritt eines außerhalb des Geltungsbereiches des SGB XII geborenen Leistungsberechtigten aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach dem Übertritt

PZ	Datum des Übertritts	Ort des Übertritts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VI. Sind Angehörige durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt oder verstorben? Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	letzter Familienstand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VII. Kranken-/Pflegeversicherung der Personen im Haushalt

PZ	Leistungsträger/Krankenkasse		Art der Versicherung	Mitgliedschaft besteht/bestand	
	Name	Anschrift (PLZ, Ort, Straße)		von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflegeversichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> privat versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflegeversichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> privat versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflegeversichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> privat versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflegeversichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> privat versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflegeversichert	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> privat versichert		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Aktenzeichen <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Antrag auf Sozialhilfe	Datum <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	-------------------------------	--

VIII. Einkommen (Bitte alle Einkommensnachweise der letzten 12 Monate vorlegen!)

Kein Vermögen:

Hier sind die Personenziffern (PZ) der Personen einzutragen, bei denen kein Bargeld, Guthaben oder sonstiges Vermögen vorhanden ist.

Nachfolgend bitte die Angaben der Personen eintragen, die Vermögen haben, und zwar bezogen auf jede einzelne Person.

Art des Einkommens (zutreffende Art in gleicher Zeile ankreuzen)	Leistungs- berechtigte Person €	Ehegatte €	im Haushalt lebende Personen				
			PZ €	PZ €	PZ €	PZ €	PZ €
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Sonstige selbstständige Tätigkeiten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BU-Rente <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zusatzrente <input type="checkbox"/> Landw. Altersgeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld nach SGB II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Krankengeld (einschließlich Arbeitgeberanteil)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> LAG-Unterhaltshilfe <input type="checkbox"/> LAG-Entschä-Rente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> UVG-Leistung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Erziehungsgeld <input type="checkbox"/> BAföG-Leistung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> USG-Leistung <input type="checkbox"/> Leistungen für Schwerbehinderte (SGB V)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Miet- oder Pachteinnahmen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem SGB II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Grundrente (BVG) <input type="checkbox"/> EU-Rente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/> Kapitalvermögen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zinsen aus Vermögen <input type="checkbox"/> Ertr. a. Land- u. Forstwirt.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einkommen aus nicht selbstständiger Tätigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Steuererstattung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aktenzeichen <input style="width: 95%;" type="text"/>	Antrag auf Sozialhilfe	Datum <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	-------------------------------	---

IX. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und besondere finanzielle Belastungen (Nachweise sind vorzulegen!)

Absetzbare Beträge	Leistungs- berechtigte/r	Weitere Personen		Absetzbare Beträge	Leistungs- berechtigte/r	Weitere Personen	
		PZ	€			PZ	€
Krankenversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PKW-Haftpflichtversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegeversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Berufsunfähigkeitsversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altersvorsorgebeiträge	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rechtsschutzversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Aufwendungen für Arbeitsmittel	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sterbeversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fahrtkosten zur Arbeitsstelle – mit öffentlichen Verkehrsmitteln	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lebensversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fahrtkosten zur Arbeitsstelle – mit PKW/Motorrad/Mofa	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausratversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sonstige absetzbare Beträge	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haftpflichtversicherung	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sonstige absetzbare Beträge	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PZ	Falls erforderlich, hier die Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle) und bei sonstigen absetzbaren Beträgen.
<input type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

X. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar-, Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise vorlegen!)

Leistungsberechtigte/r	Ehegatte/ Lebenspartner Partner ehelicher Gemeinschaft	Zum Haushalt gehörende Personen				
		PZ <input type="text"/>	PZ <input type="text"/>	PZ <input type="text"/>	PZ <input type="text"/>	
Ohne Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermögensart	€	€	€	€	€	€
Bargeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spar-/Bankguthaben	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einlagewert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertragsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertpapiere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einlageart/Wert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aktenzeichen <input type="text"/>	Antrag auf Sozialhilfe	Datum <input type="text"/>
--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Lebensversicherung	<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 <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Lebensversicherung bei (Name/Anschrift der Versicherung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rückkaufwert der Versicherung	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Haus/Eigentumswohnung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grundstück m ²	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausgröße m ²	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anzahl der Wohnungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraftfahrzeug/e	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

XI. Kosten der Unterkunft (Bei Haus- und Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung, bitte Nachweise vorlegen!)

Kaltmiete <input type="text"/> €	Nebenkosten, soweit nicht in der Miete enthalten (z. B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung) <input type="text"/> €	Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag) <input type="text"/> €
Wohnungsgröße Gesamt <input type="text"/> m ²	Anzahl der Räume <input type="text"/>	Davon untervermietet (Anzahl) leere Räume <input type="text"/> möblierte Räume <input type="text"/>
	Einnahmen aus Untervermietung <input type="text"/> €	Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss) bewilligt bis zum (genaues Datum) <input type="text"/> monatlicher Betrag <input type="text"/> €
Vermieter	Familien-/Firmenname <input type="text"/> <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
	Straße <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>
	Wohnort <input type="text"/>	Akten-/Geschäftszeichen <input type="text"/>
Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelheizung	Energieart <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom	Darin Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete bzw. den Hauslasten enthalten) monatlicher Betrag <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> ohne/ <input type="checkbox"/> mit Warmwasseraufbereitung	Heizungspauschale zu zahlen an/Kundennummer <input type="text"/>	
Mieter der Wohnung	Familienname <input type="text"/> <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen (falls Personenzahl von Seite 1 abweicht)		<input type="text"/>

Aktenzeichen <input style="width: 95%;" type="text"/>	Antrag auf Sozialhilfe	Datum <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	-------------------------------	---

XII. Mögliche Ansprüche/beantragte Leistungen

Renten-/Kranken-/Pflege-/Unfallversicherung, Lebens- und Sterbeversicherung, Leistungen nach dem SGB II (Arbeitssuchende), Leistungen nach dem SGB III (Arbeitsförderung)	Leistungen nach dem BVG (z. B. Kriegsofopferfürsorge, Impfschäden, Opfer von Gewalttaten), Ansprüche auf Sachleistungen (z. B. Altenteil, Wohnung, Beköstigung, Pflege, Deputate)	Sonstige Ansprüche (z. B. Kindergeld, Leistungen nach dem UVG/USG/ LAG/der Grundsicherung nach SGB XII, Erb-/Schadensersatzansprüche, Lohnforderung, Beihilfeansprüche, Entschädigungsrente, Häftlingshilfe)
--	--	---

PZ	lfd. Nr.	Versicherungs-/Leistungsträger, Schuldner usw.	Anschrift (PLZ/Ort/Straße mit Haus-Nr.)	Renten-/Aktenzeichen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PZ	Zur lfd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum	Aktenzeichen	PZ	Zur lfd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:	
Geldinstitut <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Bankleitzahl <input style="width: 95%;" type="text"/>	Konto-Nr. <input style="width: 95%;" type="text"/>

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beiträge der hilfegewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauf folgende Zahlung widerrufen werden.

Aktenzeichen <input type="text"/>	Antrag auf Sozialhilfe	Datum <input type="text"/>
--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Erklärung der antragstellenden Person

Ich und die im Antrag genannten Personen haben das Merkblatt erhalten und gelesen.

Den vorliegenden Antrag mit seinen Anlagen habe ich für mich und für die mit mir in einem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin bzw. mir Vollmacht erteilt wurde.

Andere Personen bestätigen durch ihre Unterschrift auf dem vorliegenden Antrag die gemachten Angaben.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu den Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnissen abweichend von den Antragsangaben ändern, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein entsprechendes Gespräch gebeten.

Bescheide zur getätigten Antragstellung sollen an die nachstehende Person gesandt werden

Familienname, Vorname

Anschrift (PLZ/Ort/Straße)

Die genannte Person informiert alle anderen im Antrag genannten Personen

Hilfesuchender oder sein gesetzlicher Vertreter <input type="text"/>		Ehegatte <input type="text"/>		Ort <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
Name/Unterschrift <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>	Name/Unterschrift <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>	Name/Unterschrift <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>

**Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil –
(SGB I)**

vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch ändernde Vorschrift vom 30.07.2004

**Dritter Titel
Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch – (StGB)

in der Fassung vom 12.04.1966 (BGBl. I S. 393)

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 58 Abs. 1).