

## Antrag auf Gewährung von

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Ambulante Hilfe zur Pflege
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Einmalige Beihilfen (Erstausrüstung, etc.)
- Sonstige Leistungen: \_\_\_\_\_

**Antragsstellung ab:** \_\_\_\_\_

**Antragsbegründung:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 1. Persönliche Angaben

#### Antragstellende Person

\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Familienstand

ledig

verheiratet seit: \_\_\_\_\_

verpartnert seit: \_\_\_\_\_

verwitwet seit: \_\_\_\_\_

getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_

geschieden seit: \_\_\_\_\_

entpartnert seit: \_\_\_\_\_

Anzahl Vorehen: \_\_\_\_\_

#### Ehe-/Lebenspartner, Lebensgefährte

\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Familienstand

ledig

verheiratet seit: \_\_\_\_\_

verpartnert seit: \_\_\_\_\_

verwitwet seit: \_\_\_\_\_

getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_

geschieden seit: \_\_\_\_\_

entpartnert seit: \_\_\_\_\_

Anzahl Vorehen: \_\_\_\_\_

[Redacted]

[Redacted]

Name

Vorname

[Redacted]

Geburtsdatum

Ich wohne

- allein
- zusammen mit [Redacted] Personen
  - meinem Ehe-/Lebenspartner/Lebensgefährten
  - unverheirateten Kind(ern)
  - meinen Eltern bzw. einem Elternteil
  - sonstigen Verwandten oder Verschwägerten
  - sonstigen Personen

**Bitte für alle Personen (außer dem Ehe-/Lebenspartner/Lebensgefährten) jeweils die Anlage 2a und/oder 2b ausfüllen.**

Ich wohne

- allein
- zusammen mit [Redacted] Personen
  - meinem Ehe-/Lebenspartner/Lebensgefährten
  - unverheirateten Kind(ern)
  - meinen Eltern bzw. einem Elternteil
  - sonstigen Verwandten oder Verschwägerten
  - sonstigen Personen

**Bitte für alle Personen (außer dem Ehe-/Lebenspartner/Lebensgefährten) jeweils die Anlage 2a und/oder 2b ausfüllen.**

Ich bin alleinerziehend

Ich bin alleinerziehend

Beruf und letzte Tätigkeit

Beruf und letzte Tätigkeit

Staatsangehörigkeit

**Wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit, dann bitte Anlage 5 Ausländer bzw. Anlage 6 EU-Ausländer ausfüllen**

Staatsangehörigkeit

**Wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit, dann bitte Anlage 5 Ausländer bzw. Anlage 6 EU-Ausländer ausfüllen**

Sozialversicherungsnummer

Sozialversicherungsnummer

Ich habe

- einen gesetzlichen Betreuer
- einen Vormund
- einen Bevollmächtigten

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon\*

E-Mail\*

**Bitte Bestellsurkunde, Vorsorgevollmacht oder notarielle Urkunde vorlegen**

Ich habe

- einen gesetzlichen Betreuer
- einen Vormund
- einen Bevollmächtigten

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon\*

E-Mail\*

**Bitte Bestellsurkunde, Vorsorgevollmacht oder notarielle Urkunde vorlegen**

[Redacted]

Name

[Redacted]

Vorname

[Redacted]

Geburtsdatum

**2. Ich bitte, die Leistung auf folgendes Konto zu überweisen**

[Redacted]

Bank

[Redacted]

Kontoinhaber

[Redacted]

IBAN

[Redacted]

BIC

[Redacted]

**3. Ergänzende Angaben**

Ich gehöre zu einem der nachfolgend aufgeführten Personkreise:

Ja

Nein

Leistungsberechtigter nach dem SGB II (Jobcenter)

Auszubildender; Student

Spätaussiedler

*Bitte Nachweise beifügen*

Ich gehöre zu einem der nachfolgend aufgeführten Personkreise:

Ja

Nein

Leistungsberechtigter nach dem SGB II (Jobcenter)

Auszubildender; Student

Spätaussiedler

*Bitte Nachweise beifügen*

**4. Aufenthaltsverhältnisse**

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am: [Redacted]

[Redacted]

Vorheriger Aufenthaltsort

[Redacted]

Straße, Hausnummer

[Redacted]

PLZ/Ort

[Redacted]

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am: [Redacted]

[Redacted]

Vorheriger Aufenthaltsort

[Redacted]

Straße, Hausnummer

[Redacted]

PLZ/Ort

[Redacted]

Ich habe bisher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen:

Nein

Ja, von Sozialamt: [Redacted]

Ich habe bisher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen:

Nein

Ja, von Sozialamt: [Redacted]

Name  
Geburtsdatum

Vorname

Ich habe mich vor dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o.ä.) aufgehalten:

Nein  
 Ja

Name des Heimes/der Einrichtung  
Straße, Hausnummer  
PLZ/Ort  
Kostenträger während des Aufenthalts

Ich habe mich vor dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o.ä.) aufgehalten:

Nein  
 Ja

Name des Heimes/der Einrichtung  
Straße, Hausnummer  
PLZ/Ort  
Kostenträger während des Aufenthalts

**5. Kranken- und Pflegeversicherung**

Name der Kranken- und Pflegeversicherung  
Anschrift  
PLZ/Ort  
Versicherungsnummer

**Art des Versicherungsschutzes**

Pflichtversicherung  
 Freiwillige Versicherung  
 Private Versicherung  
 Familienversicherung, über

Name der Person  
Geburtsdatum  
Versicherungsnummer

kein Krankenversicherungsschutz

Name der Kranken- und Pflegeversicherung  
Anschrift  
PLZ/Ort  
Versicherungsnummer

**Art des Versicherungsschutzes**

Pflichtversicherung  
 Freiwillige Versicherung  
 Private Versicherung  
 Familienversicherung, über

Name der Person  
Geburtsdatum  
Versicherungsnummer

kein Krankenversicherungsschutz

Prüfvermerk von der Behörde auszufüllen

Durchgeführt am:   
Antrag geprüft durch:

Prüfvermerk von der Behörde auszufüllen

Durchgeführt am:   
Antrag geprüft durch:

Name

Vorname

Geburtsdatum

**6. Gesundheitliche Situation**

**6.1 Es liegt bei mir eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung vor:**

Nein  
 Ja  
 Ein entsprechender Antrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_  
 Bitte Rentenbescheid (Erstbescheid) oder die Feststellung des Rentenversicherungsträgers vorlegen

Nein  
 Ja  
 Ein entsprechender Antrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_  
 Bitte Rentenbescheid (Erstbescheid) oder die Feststellung des Rentenversicherungsträgers vorlegen

**6.2 Es liegt bei mir eine Schwerbehinderung vor:**

Nein  
 Ja Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_ %  
 Merkzeichen:  
 G  aG  H  RF  BI

Nein  
 Ja Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_ %  
 Merkzeichen:  
 G  aG  H  RF  BI

**6.3 Es liegt bei mir ein Pflegegrad vor:**

wurde nicht beantragt  
 ist beantragt  
 wurde abgelehnt  
 ist bewilligt, es besteht Pflegegrad \_\_\_\_\_  
 Feststellung für den  
 Ambulanten Bereich  
 Stationären Bereich  
 Bitte Bewilligungsbescheid der Pflegekasse und Gutachten des MDK beifügen

wurde nicht beantragt  
 ist beantragt  
 wurde abgelehnt  
 ist bewilligt, es besteht Pflegegrad \_\_\_\_\_  
 Feststellung für den  
 Ambulanten Bereich  
 Stationären Bereich  
 Bitte Bewilligungsbescheid der Pflegekasse und Gutachten des MDK beifügen

**6.4 Ich benötige kostenaufwendige Ernährung:**

Nein  
 Ja  
 Bitte Anlage 7 beifügen

Nein  
 Ja  
 Bitte Anlage 7 beifügen

**6.5 Ich bin schwanger:**

Nein  
 Ja  
 Bitte Mutterschaftspass/ärztliches Attest vorlegen

Nein  
 Ja  
 Bitte Mutterschaftspass/ärztliches Attest vorlegen

Name

Vorname

Geburtsdatum

**7. Weitere ergänzende Angaben**

**7.1 Ich beziehe Eingliederungshilfe**

Nein  
 Ja  
 Ein entsprechender Antrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_

**Bitte Nachweise vorlegen**

*Beziehen Sie vom Landesamt für Soziales Eingliederungshilfe in einer besonderen Wohnform oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt, bitte außerdem Anlage 4 ausfüllen und beifügen*

Nein  
 Ja  
 Ein entsprechender Antrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_

**Bitte Nachweise vorlegen**

*Beziehen Sie vom Landesamt für Soziales Eingliederungshilfe in einer besonderen Wohnform oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt, bitte außerdem Anlage 4 ausfüllen und beifügen*

**7.2 Ich nehme am Mittagessen in der Werkstatt, Tagesförderstätte oder tagesstrukturierenden Maßnahme teil:**

Nein  
 Ja

**Bitte Anlage über die Inanspruchnahme des Mehrbedarfes bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung in Werkstätten für behinderte Menschen, bei einem anderen Leistungsanbieter und im Rahmen vergleichbarer tagesstrukturierender Angebote bzw. Anlage 3 zum Werkstattvertrag beifügen**

Nein  
 Ja

**Bitte Anlage über die Inanspruchnahme des Mehrbedarfes bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung in Werkstätten für behinderte Menschen, bei einem anderen Leistungsanbieter und im Rahmen vergleichbarer tagesstrukturierender Angebote bzw. Anlage 3 zum Werkstattvertrag beifügen**

**8. Kosten der Unterkunft**

Ich wohne  
 zur Miete  
*Bitte Anlage 3a – KDU – Miete beifügen*  
 in eigener Immobilie  
*Bitte Anlage 3b – KDU – Eigentum beifügen*  
 als mietähnlicher Nutzungsberechtigter  
*Bitte Bescheinigung über das Nutzungsentgelt beifügen*  
 mietfrei (z.B. bei Eltern, volljährigen Kindern)

Ich wohne  
 zur Miete  
*Bitte Anlage 3a – KDU – Miete beifügen*  
 in eigener Immobilie  
*Bitte Anlage 3b – KDU – Eigentum beifügen*  
 als mietähnlicher Nutzungsberechtigter  
*Bitte Bescheinigung über das Nutzungsentgelt beifügen*  
 mietfrei (z.B. bei Eltern, volljährigen Kindern)

Name

Geburtsdatum

Vorname

**9. Einkommen (auch ausländische Einkommen angeben)**

Ich verfüge über folgendes Einkommen:

<input type="checkbox"/> Altersrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Ausländische Rente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<b>Werden Rentensonderzahlungen (Urlaubsgeld/Sommerngeld/Wintergeld) geleistet?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €

<input type="checkbox"/> Altersrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Ausländische Rente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<b>Werden Rentensonderzahlungen (Urlaubsgeld/Sommerngeld/Wintergeld) geleistet?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €

<input type="checkbox"/> Betriebsrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Unfallrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Sonstige Rente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen (unselbständige Tätigkeit, Minijob, Werkstatt-einkommen, selbständige Tätigkeit)	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<b>Werden Sonderzahlungen geleistet?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €

<input type="checkbox"/> Betriebsrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Unfallrente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Sonstige Rente (Nr.) <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen (unselbständige Tätigkeit, Minijob, Werkstatt-einkommen, selbständige Tätigkeit)	Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<b>Werden Sonderzahlungen geleistet?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €
Wann? <input type="text"/>	Betrag <input type="text"/> €

Name

Geburtsdatum

Vorname

<input type="checkbox"/> Kindergeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Krankengeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen (von) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss (UVG) (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> BAB, Bafög (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen (z. B. Miet- und Pachteinnahmen, Kapitalerträge) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Sachbezüge (z. B. Essen) (in Form von) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<b>Ich bin im Besitz einer Krankenhaustagesgeldversicherung:</b>	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, (Versicherungs-Nr.) <input type="text"/>	
<b>Bitte entsprechende Nachweise beifügen</b>	
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Einkünfte	

<input type="checkbox"/> Kindergeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Krankengeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen (von) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss (UVG) (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> BAB, Bafög (Nr.) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen (z. B. Miet- und Pachteinnahmen, Kapitalerträge) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<input type="checkbox"/> Sachbezüge (z. B. Essen) (in Form von) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Betrag <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> im Quartal <input type="checkbox"/> 1/2-jährl. <input type="checkbox"/> jährl.	
<b>Ich bin im Besitz einer Krankenhaustagesgeldversicherung:</b>	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, (Versicherungs-Nr.) <input type="text"/>	
<b>Bitte entsprechende Nachweise beifügen</b>	
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Einkünfte	



Name

Geburtsdatum

Vorname

**10. Vom Einkommen abzusetzende Beträge**

- Privathaftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- Unfallversicherung
- Altersvorsorgebeitrag (Riester, Rürup)
- Altersvorsorgebeitrag (auf freiwilliger Grundlage)
- Sonstige Versicherungen
- Beitrag Berufsverband (VdK, Gewerkschaft)
- Arbeitsmittel
- Fahrtkosten zur Arbeitsstätte
  - PKW  km Entfernung
  - ÖPNV  mtl. Fahrtkosten
- Sonstiges

*Bitte entsprechende Nachweise beifügen*

- Privathaftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- Unfallversicherung
- Altersvorsorgebeitrag (Riester, Rürup)
- Altersvorsorgebeitrag (auf freiwilliger Grundlage)
- Sonstige Versicherungen
- Beitrag Berufsverband (VdK, Gewerkschaft)
- Arbeitsmittel
- Fahrtkosten zur Arbeitsstätte
  - PKW  km Entfernung
  - ÖPNV  mtl. Fahrtkosten
- Sonstiges

*Bitte entsprechende Nachweise beifügen*

**11. Vermögen (im In- und Ausland)**

**11.1 Bewegliches Vermögen**

Ich verfüge über:

- Bargeld / Taschengeldkonto  
Betrag  €
- Anzahl Girokonten   
IBAN   
IBAN   
IBAN
- Online-Guthaben (PayPal, Klarna etc.)
  - PayPal Kontostand  €
  - Klarna Kontostand  €
  - Sonstiger Anbieter   
Kontostand  €
- Kreditkartenkonten (Visa, American Express, Amazon Visa Kreditkarte, Barclaykarte, Paypal Kreditkarte)  
Art des Kontos   
Kreditinstitut
- Spareinlagen (Sparkonten, Sparbücher, Tagesgeldkonten, Prämiensparen)  
IBAN   
IBAN
- Geschäftsanteile (EWBG, VVB, Aktien, Sparda-Bank, ...)  
IBAN

- Bargeld / Taschengeldkonto  
Betrag  €
- Anzahl Girokonten   
IBAN   
IBAN   
IBAN
- Online-Guthaben (PayPal, Klarna etc.)
  - PayPal Kontostand  €
  - Klarna Kontostand  €
  - Sonstiger Anbieter   
Kontostand  €
- Kreditkartenkonten (Visa, American Express, Amazon Visa Kreditkarte, Barclaykarte, Paypal Kreditkarte)  
Art des Kontos   
Kreditinstitut
- Spareinlagen (Sparkonten, Sparbücher, Tagesgeldkonten, Prämiensparen)  
IBAN   
IBAN
- Geschäftsanteile (EWBG, VVB, Aktien, Sparda-Bank, ...)  
IBAN

Name

Geburtsdatum

Vorname

<input type="checkbox"/> Lebens-/ Private Rentenversicherung Versicherungsunternehmen <input type="text"/> Versicherungsnummer <input type="text"/> Versicherungsunternehmen <input type="text"/> Versicherungsnummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag Bausparkasse <input type="text"/> Versicherungsnummer <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Roller <input type="checkbox"/> Transporter <input type="checkbox"/> LKW Amtl. Kennzeichen <input type="text"/> Hersteller/Modell <input type="text"/> Baujahr <input type="text"/> gefahrene km <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wertpapiere (z.B. Aktien, Anleihen, Fondsanteile) Art der Geldanlage <input type="text"/> Wertpapiernummer <input type="text"/> Depotnummer <input type="text"/> Art der Geldanlage <input type="text"/> Wertpapiernummer <input type="text"/> Depotnummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Staatlich geförderte private Altersvorsorge Anzahl <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wohnrecht/Nießbrauchrecht
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorge
<input type="checkbox"/> Sonstiges Vermögen (Gemälde, Schmuck, Briefmarken, Sammlungen jeglicher Art etc.; bitte erläutern) <input type="text"/> Gegenstand <input type="text"/> Wert <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Vermögen

<input type="checkbox"/> Lebens-/ Private Rentenversicherung Versicherungsunternehmen <input type="text"/> Versicherungsnummer <input type="text"/> Versicherungsunternehmen <input type="text"/> Versicherungsnummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag Bausparkasse <input type="text"/> Versicherungsnummer <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Der Bausparvertrag ist zur Sicherung eines Darlehens an ein Kreditinstitut abgetreten
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Roller <input type="checkbox"/> Transporter <input type="checkbox"/> LKW Amtl. Kennzeichen <input type="text"/> Hersteller/Modell <input type="text"/> Baujahr <input type="text"/> gefahrene km <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wertpapiere (z.B. Aktien, Anleihen, Fondsanteile) Art der Geldanlage <input type="text"/> Wertpapiernummer <input type="text"/> Depotnummer <input type="text"/> Art der Geldanlage <input type="text"/> Wertpapiernummer <input type="text"/> Depotnummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Staatlich geförderte private Altersvorsorge Anzahl <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wohnrecht/Nießbrauchrecht
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorge
<input type="checkbox"/> Sonstiges Vermögen (Gemälde, Schmuck, Briefmarken, Sammlungen jeglicher Art etc.; bitte erläutern) <input type="text"/> Gegenstand <input type="text"/> Wert <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Vermögen

Name

Vorname

Geburtsdatum

**11.2 Grundbesitz (im In- und Ausland)**

**Ich verfüge über Grundbesitz:**  
 Nein  
 Ja

**Ich bin Eigentümer**  
 eines unbebauten Grundstückes [ ] qm  
 einer Eigentumswohnung  
 Wohnfläche [ ] qm  
 eines Einfamilienhauses  
 Wohnfläche [ ] qm  
 Mehrfamilienhauses mit [ ] Wohneinheiten  
 Wohnfläche [ ] qm  
 Davon gewerblich genutzt [ ] Einheiten

Adresse des oben genannten Gebäudes oder Grundstückes:  
 [ ]  
 Straße, Hausnummer [ ]  
 [ ]  
 PLZ/Ort [ ]  
 Grundbuch von [ ], Blatt [ ]

**Ich bin Alleineigentümer der Wohnung/ des Gebäudes:**  
 Ja  
 Nein

Miteigentümer 1: Miteigentumsanteil [ ] %  
 [ ]  
 Name, Vorname [ ]  
 [ ]  
 Straße, Hausnummer [ ]  
 [ ]  
 PLZ/Ort [ ]

Miteigentümer 2: Miteigentumsanteil [ ] %  
 [ ]  
 Name, Vorname [ ]  
 [ ]  
 Straße, Hausnummer [ ]  
 [ ]  
 PLZ/Ort [ ]

**Ich verfüge über Grundbesitz:**  
 Nein  
 Ja

**Ich bin Eigentümer**  
 eines unbebauten Grundstückes [ ] qm  
 einer Eigentumswohnung  
 Wohnfläche [ ] qm  
 eines Einfamilienhauses  
 Wohnfläche [ ] qm  
 Mehrfamilienhauses mit [ ] Wohneinheiten  
 Wohnfläche [ ] qm  
 Davon gewerblich genutzt [ ] Einheiten

Adresse des oben genannten Gebäudes oder Grundstückes:  
 [ ]  
 Straße, Hausnummer [ ]  
 [ ]  
 PLZ/Ort [ ]  
 Grundbuch von [ ], Blatt [ ]

**Ich bin Alleineigentümer der Wohnung/ des Gebäudes:**  
 Ja  
 Nein

Miteigentümer 1: Miteigentumsanteil [ ] %  
 [ ]  
 Name, Vorname [ ]  
 [ ]  
 Straße, Hausnummer [ ]  
 [ ]  
 PLZ/Ort [ ]

Miteigentümer 2: Miteigentumsanteil [ ] %  
 [ ]  
 Name, Vorname [ ]  
 [ ]  
 Straße, Hausnummer [ ]  
 [ ]  
 PLZ/Ort [ ]

Name

Geburtsdatum

Vorname

Miteigentümer 3: Miteigentumsanteil  %

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Miteigentümer 3: Miteigentumsanteil  %

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Miteigentümer 4: Miteigentumsanteil  %

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Miteigentümer 4: Miteigentumsanteil  %

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Ich habe ein Teil der Gesamtfläche der Wohnung / des Gebäudes / des Grundstückes einem anderen gegen Entgelt vermietet oder kostenlos zum Gebrauch überlassen:

- Nein
- Ja

Welche Teile?

An Wen?

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Mieteinnahmen brutto  €

Mieteinnahmen kalt  €

**Bitte Mietvertrag / Überlassungsvertrag beifügen**

Ich habe ein Teil der Gesamtfläche der Wohnung / des Gebäudes / des Grundstückes einem anderen gegen Entgelt vermietet oder kostenlos zum Gebrauch überlassen:

- Nein
- Ja

Welche Teile?

An Wen?

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Mieteinnahmen brutto  €

Mieteinnahmen kalt  €

**Bitte Mietvertrag / Überlassungsvertrag beifügen**

**11.3 Ich habe in den letzten zehn Jahren Vermögenswerte verschenkt oder veräußert, bzw. Grundbesitz übergeben.**

- Nein
- Ja

Was wurde verschenkt/veräußert?

Bargeld  €

- Nein
- Ja

Was wurde verschenkt/veräußert?

Bargeld  €

Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Grundbesitz  
\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Wert zu dem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_ €

KFZ (Auto, Motorrad, Roller, Transporter, LKW)  
Hersteller/Modell \_\_\_\_\_  
Baujahr \_\_\_\_\_ gefahrene km \_\_\_\_\_

Sonstiges (Gemälde, Schmuck, Briefmarken, Sammlungen jeglicher Art etc.; bitte erläutern)  
\_\_\_\_\_  
Gegenstand \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_ €  
Gegenstand \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_ €  
Gegenstand \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_ €

An wen wurde verschenkt/veräußert?  
\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Grundbesitz  
\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Wert zu dem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_ €

KFZ (Auto, Motorrad, Roller, Transporter, LKW)  
Hersteller/Modell \_\_\_\_\_  
Baujahr \_\_\_\_\_ gefahrene km \_\_\_\_\_

Sonstiges (Gemälde, Schmuck, Briefmarken, Sammlungen jeglicher Art etc.; bitte erläutern)  
\_\_\_\_\_  
Gegenstand \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_ €  
Gegenstand \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_ €  
Gegenstand \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_ €

An wen wurde verschenkt/veräußert?  
\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

**12. Wiederherstellung des Nachrangs der Sozialhilfe**

Leistungen der Sozialhilfe sind immer nachrangig. Sie kommen demnach nur dann zum Zug, wenn der notwendige Bedarf nicht durch Selbsthilfe oder Leistungen anderer – insbesondere unterhaltsverpflichteter Angehöriger oder anderer Sozialleistungsträger – erfüllt werden kann

**12.1 Vorrangige Sozialleistungen**

Ich habe bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt, über die noch nicht entschieden wurde:

Nein  
 Ja

Art der Leistung

Rente \_\_\_\_\_  
 Rente \_\_\_\_\_  
 Rente \_\_\_\_\_  
 Kindergeld \_\_\_\_\_  
 Kindergeld \_\_\_\_\_  
 Krankengeld \_\_\_\_\_  
 Arbeitslosengeld \_\_\_\_\_  
 Arbeitslosengeld II \_\_\_\_\_

Ich habe bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt, über die noch nicht entschieden wurde:

Nein  
 Ja

Art der Leistung

Rente \_\_\_\_\_  
 Rente \_\_\_\_\_  
 Rente \_\_\_\_\_  
 Kindergeld \_\_\_\_\_  
 Kindergeld \_\_\_\_\_  
 Krankengeld \_\_\_\_\_  
 Arbeitslosengeld \_\_\_\_\_  
 Arbeitslosengeld II \_\_\_\_\_

Name  
Geburtsdatum

Vorname

Unterhaltsvorschuss  
 Wohngeld  
 Sonstige Leistungen

Unterhaltsvorschuss  
 Wohngeld  
 Sonstige Leistungen

**12.2 Vorrangige privatrechtliche Ansprüche**

Ich habe bereits Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (Entschädigung von einer Versicherung, Schadenersatz)

Nein  
 Ja

Art der Leistung (Schadenersatz, etc.)

gegen:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

oder

Institution

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Datum Ort

Ich habe bereits Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (Entschädigung von einer Versicherung, Schadenersatz)

Nein  
 Ja

Art der Leistung (Schadenersatz, etc.)

gegen:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

oder

Institution

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Datum Ort

**12.3 Erbrechtliche Ansprüche**

Ich habe erbrechtliche Ansprüche:

Nein  
 Ja

Erblasser: Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Stellung zum Erblasser

Erbmasse  
*Bitte entsprechende Nachweise wie Testament, Erbschein usw. beifügen*

Ich habe erbrechtliche Ansprüche:

Nein  
 Ja

Erblasser: Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Stellung zum Erblasser

Erbmasse  
*Bitte entsprechende Nachweise wie Testament, Erbschein usw. beifügen*

Name  
Geburtsdatum

Vorname

**13. Hinweise und Erklärungen**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert der zuständigen Behörde mitzuteilen. Insbesondere werde ich das Sozialamt benachrichtigen, wenn ich beabsichtige mich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufzuhalten.  
**Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige und unwahre Angaben strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.**

- Ich bestätige den Erhalt des Merkblattes über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 66 ff SGB I
- Ich bestätige den Erhalt der Checkliste

Ich bin darüber informiert, dass die für die Gewährung der Hilfe erforderlichen personenbezogenen Daten in einem automatisierten Verfahren verarbeitet und gespeichert werden.  
 Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten sind die Bestimmungen des SGB XII, sowie die §§ 60 ff SGB I und die §§ 67 ff SGB X. Nach Maßgabe des § 118 SGB XII werden meine Daten zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle übermittelt (§3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII)  
 Sollte ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen, bzw. ein Anspruch bestehen, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.  
**Ich bin darüber informiert, dass die Möglichkeit der Durchführung eines Kontenabrufs beim Bundeszentralamt für Steuern besteht.**  
**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit aller abgegebenen Erklärungen!**

Folgende Anlagen wurden mit diesem Antrag eingereicht:

- |           |  |                             |                               |
|-----------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Anlage 1  | Unterhaltspflichtige   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 2a | Weitere in der Wohnung lebende Personen – minderjährige Kinder                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 2b | Weitere in der Wohnung lebende Personen – volljährige Kinder, Eltern, Verwandte und Bekannte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 3a | Kosten der Unterkunft – Miete  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 3b | Kosten der Unterkunft – Eigentum   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 4  | Grundsicherung/Besondere Wohnform  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 5  | Ausländer  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 6  | EU-Ausländer   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage 7  | Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ort  
Datum  
Unterschrift Antragsteller

Ort  
Datum  
Unterschrift Ehe-/Lebenspartner/Lebensgefährte

**14. Prüfvermerke** (von der Behörde auszufüllen)

Wohngeldvergleichsberechnung Durchgeführt am:  
Antrag geprüft durch: