

Antrag auf Gewährung von :

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)
- sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII) (siehe Anlage 1)
- Leistungen nach dem AsylbLG (siehe Anlage 2)
- zusätzliche Bedarfe nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels

Art der Hilfe / Begründung :

eingegangen am :

1. Kontakt :

EA: ja nein

1. Persönliche Angaben

	Nachfragende Person	Ehepartner / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner(in)
Familienname		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum, -ort		
Adresse / PLZ Wohnort		
Telefon-Nummer		
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
Schulabschluss / Beruf (freiwillige Angaben)		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer) Siehe Anlage 2		
Ausweisdokument / -nummer		
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges _____
Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§1-3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§4 BVFG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer		
Vormund / Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte Bestellsurkunde vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte Bestellsurkunde vorlegen
	Name, Adresse, Telefonnummer	Name, Adresse, Telefonnummer

2. Sonstige in der Wohnung lebende Personen (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte, Bekannten, etc.)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Geburtsname und früher geführte Namen					
Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum, -ort					
Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§1-3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§4 BVFG)					
Familienstand					
Stellung zum Antragsteller					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus (Ausländer) Siehe Anlage 2					
Ausweisdokument / -nummer					
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges _____
Bemerkungen					

3. Statistik nach dem Fünfzehnten Kapitel SGB XII

	Nachfragende Person	Ehepartner / Lebensgefährte(in)	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Art der Beschäftigung							

4. Ergänzende Angaben

Gehört eine der oben genannten Personen zu einem der nachfolgend aufgeführten Personenkreise?
(Wenn ja bitte Nachweis/e beifügen (z.B. Bescheinigung nach dem BVFG, Studien- und Schulbescheinigungen, Visa etc.)

nein ja und zwar:

Personenkreis	Name und Vorname der Person	Personenkreis (siehe Anlage 2)	Name und Vorname der Person
Leistungsberechtigte/r nach dem SGB II		Kontingentflüchtling	
Auszubildende/r		Anerkannter Flüchtling (Genfer Konvention)	
Student/in		Asylberechtigte/r	
Spätaussiedler/in		Asylbewerber/in	

5. Zusätzliche Bedarfe (§30 SGB XII und 31 SGB XII)

Ich beantrage Leistungen gem. § 30 SGB XII

5.1. Besitzt eine der o.g. Personen einen Schwerbehindertenausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ ? **Wenn ja, bitte Ausweis vorlegen!** ja nein

5.2 Ist eine der beantragenden Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung?

Wenn ja, bitte Rentenbescheid oder ärztliche Gutachten vorlegen!

ja nein

ein entsprechender Antrag wurde am _____ gestellt

5.3. Ist eine der o.g. Personen schwanger?

Wenn ja, bitte Mutterschaftspass vorlegen/ ärztliches Attest beifügen!

ja nein

5.4. Benötigt eine der o.g. Personen eine kostenaufwändige Ernährung?

Wenn ja, bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen!

ja nein

5.5. Ist eine der o.g. Personen (die das 15. Lebensjahr vollendet hat) behindert und bezieht Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3?

ja nein

5.6. Wird in der Wohnung Warmwasser dezentral erzeugt?

Siehe Punkt 7 des Antrages

ja nein

Ich beantrage Leistungen gem. § 31 SGB XII für:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Erstausrüstung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten | <input type="checkbox"/> |
| 2. Erstausrüstung für Bekleidung | <input type="checkbox"/> |
| 3. Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten. | <input type="checkbox"/> |

6. Kosten der Unterkunft (§ 35 SGB XII) entsprechend der Vermieterbescheinigung

Ich / Wir wohnen

als Mieter / Untermieter / mietähnlich Nutzungsberechtigte(r) von Wohnraum
 → **Bitte Mietvertrag /Mietbescheinigung vorlegen!**

Die Miete (**Kaltmiete** zuzüglich Vorauszahlung für Nebenkosten) beträgt

+ =

im eigenen Haus / Wohnung [bitte entsprechende Angaben unter Punkt 13a]
 freies Wohnrecht

Wohnungsgröße

Wohngeld / Lastenzuschuss wurde bereits bewilligt ja nein

Von Monat/Jahr	bis Monat/Jahr	in Höhe von
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Kosten der Heizung (§ 35 SGB XII)

Die Kosten der Heizung betragen **Bitte Nachweis der Heizkosten vorlegen!**

Die Wohnung ist mit :

einer Zentralheizung
 Einzelöfen ausgestattet.

Der Betrieb der Heizung erfolgt mit :

Heizöl Erdgas Fernwärme Strom Nachtspeicher Holz/Kohle

Sonstige : Warmwasseraufbereitung

8. Aufenthaltsverhältnisse

Zugang an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am	Gegebenenfalls Meldebescheinigung vorlegen!
Von wo sind Sie zugezogen ?	Adresse
Haben Sie bisher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen ?	Anschrift Sozialamt
Hat sich eine der o.g. Personen vor dem Eintritt der vermeintlichen Hilfebedürftigkeit in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o.ä.) aufgehalten ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname	
Name und Anschrift der Einrichtung	
Kostenträger für den Aufenthalt in der Einrichtung	

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

Nachfragende Person	Ehegatte / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner(in)
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/ Mitgliedsnummer	Versicherungs-/ Mitgliedsnummer
<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung / private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung bei : _____	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung / private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung bei : _____
Name Geburtsdatum	Name Geburtsdatum
Krankenkasse / Versicherungsnummer	Krankenkasse / Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz! ⇒ Bitte melden Sie sich entsprechend § 264 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse in unserem Bereich an und teilen Sie uns diese mit :	
Name der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/ Mitgliedsnummer	

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> nachfragende Person <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> nachfragende Person <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> nachfragende Person <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> nachfragende Person <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> nachfragende Person <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigene Versicherung
Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben

10. Pflegegrad

Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5

festgestellt für ambulanten Bereich stationären Bereich

11. Einkommen (§§ 82ff SGB XII) (auch im Ausland)

Ich/Wir (alle in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen) verfügen über folgende Einnahmen und Bezüge:

Arbeitseinkommen (auch aus geringfügiger Beschäftigung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Unterhaltsvorschuss (UVG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
BAföG Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Berufsausbildungsbeihilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Kapitalerträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
ausländische Rente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Altersrente / Pensionen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Witwen- / Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Betriebsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
sonstige Rente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	
sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von	

Bitte legen Sie entsprechende Nachweise vor bzw. bei (z.B. Bescheide, Verdienstabrechnungen, Unterhaltstitel, Betriebs-wirtschaftliche Auswertungen, etc.)!

12. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§82 Abs. 2 SGB XII)

Arbeitsmittel	<input type="text"/>	€	Sterbegeldversicherung	<input type="text"/>	€
Fahrtkosten <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV :	<input type="text"/>	€	Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte	<input type="text"/>	km
Hausratversicherung / Glasversicherung	<input type="text"/>	€	Haftpflichtversicherung	<input type="text"/>	€
Beitrag Berufsverband	<input type="text"/>	€	Altersvorsorgebeitrag (§82 EStG)	<input type="text"/>	€
Sonstige Versicherungen	<input type="text"/>		Sonstiges	<input type="text"/>	

⇒ Bitte legen Sie entsprechende Nachweise bei bzw. vor !

13. Vermögen (§90 SGB XII) (auch im Ausland)

Ich/Wir (alle in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen) verfügen über:

Barvermögen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Girokonto (Anzahl):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Sparguthaben (Anzahl):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Lebens- / private Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Bausparvertrag / Vermögenswirksame Leistung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Kraftfahrzeug (amtliches Kennzeichen & Kilometerstand)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Aktien / Fonds	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Wohnrecht/Nießbrauch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von
Freistellungsaufträge (für Kapital - / Zinserträge) – Anzahl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von

⇒ Bitte legen Sie entspr. Nachweise, insbesondere Ihre Kontoauszüge der letzten 3 Monate (lückenlos) bei bzw. vor!

13a. Grundbesitz vorhanden (auch im Ausland)

ja

nein

Ich bin Eigentümer

eines unbebauten Grundstückes (qm:)

einer Eigentumswohnung (Wohnfläche:)

eines Einfamilienhauses (Wohnfläche:)

eines Mehrfamilienhauses mit ____ Wohneinheiten; davon gewerblich genutzt ____ Einheiten / Wohnflächen:

Adresse und Größe des Grundstückes /Gebäudes:

- ⇒ Bitte Grundbuchauszug / Kaufvertrag / Einheitswertbescheid (sofern vorhanden) vorlegen!
⇒ Bitte weitere Unterlagen laut Checkliste beifügen!

Sind Sie Alleineigentümer der Wohnung / des Gebäudes?

ja

nein

Wenn nein, wer ist Miteigentümer?

Name und Anschrift

Wird ein Teil der Gesamtfläche der Wohnung / des Gebäudes / des Grundstückes einem anderen gegen Entgelt vermietet oder kostenlos zum Gebrauch überlassen? ja nein

Falls ja, welche Teile:

(Lage, qm)

Falls ja, an wen:

Mieteinnahmen brutto:

EURO

Mieteinnahmen kalt:

EURO

⇒ Bitte Mietvertrag / Überlassungsvertrag vorlegen!

Ich/Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt oder veräußert, bzw. Grundbesitz übergeben.

nein ja, und zwar wie folgt:

Name, Vorname des Schenkers/Veräußerers

Name, Vorname des Beschenkten/Erwerbers

Zeitpunkt, Anlass, Art und Weise des verschenkten/veräußerten Vermögens

⇒ Wenn ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

14a. Unterhaltsansprüche (nur Kap. IV SGB XII)

Verfügt eines Ihrer Kinder oder verfügen Ihre Mutter bzw. Ihr Vater vermutlich jeweils über erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich) ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift _____
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten/innen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebensgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt : _____ EURO <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert => Bitte Titel / Urkunde vorlegen! <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen des/der getrennt lebenden / geschiedenen Partners/in : _____ EURO

14b. Unterhaltsansprüche / Wiederherstellung des Nachrangs der Sozialhilfe

1. Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartnern usw.				
	1	2	3	4
Familienname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Höhe jährliches Einkommen				
Höhe Vermögen				
Höhe der lfd. Unterhalts- zahlungen				
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht? Wenn ja, wo?	<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

=> Wenn ja, bitte Unterhaltstitel (z.B. Urteil etc.) vorlegen!

2. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§93 SGB XII) Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt?				
Art der Leistung	nein	ja	Antragsdatum	Für wen und wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. Sonstige vorrangige Ansprüche (§93 SGB XII, §§ 115 und 116 SGB X)
Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung?)

nein ja

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?

15. Schuldverpflichtungen (freiwillige Angaben)

Kredit oder Darlehensvertrag bei	Zweck	Gesamtsumme
Kredit oder Darlehensvertrag bei	Zweck	Gesamtsumme

16. Bankverbindung

Gegebenenfalls zu gewährende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	
BIC	

Außer diesem Konto verfüge ich über weitere Konten nein ja

Ich wurde auf die Möglichkeit der Durchführung eines Kontenabrufes beim Bundeszentralamt für Steuern hingewiesen.

17. Antragsbegründung

Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen!

18. Vergleichberechnung Wohngeld/SGB XII-Leistungen

Vergleichberechnung wurde durchgeführt?

nein ja

Höhe Wohngeld

Höhe SGB XII-Leistung

Falls Wohngeld höher SGB XII-Leistung, bitte Antrag auf Wohngeld stellen!
Antrag auf Wohngeld wurde gestellt?

nein ja

19. 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 eines 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller abgegebenen Erklärungen!

Ort, Datum

Unterschrift nachfragende Person

Unterschrift
Ehegatte/Lebensgefährte(in),
Lebenspartner(in)

Aufgenommen von _____

Unterschrift: _____