

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

ausgegeben am:

Grundsicherung

Hilfe zur Pflege

eingegangen am:

Sonstiges:

Begründung des Antrages (Warum brauchen Sie/der Antragsteller die Hilfe):

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/en oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

I. Persönliche Verhältnisse	a) des Antragstellers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	b) des Ehegatten/ Lebenspartners/ Lebensgefährten in ehe- ähnlicher Gemeinschaft (auch wenn verstorben, geschieden, getrennt lebend) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Nachname (auch Geburtsname):		
Vorname/n:		
Geburtsdatum:		
Geburtsort/Kreis/Land:		
Straße, Haus-Nr.:		
PLZ, Wohnort:		
Telefon (Angabe freiwillig):		
Staatsangehörigkeit: Deutsche/r bei Ausländern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
aufenthaltsrechtlicher Status:		

I. noch Persönliche Verhältnisse	a) des Antragstellers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	b) des Ehegatten/ Lebenspartners/ Lebensgefährten in ehe- ähnlicher Gemeinschaft (auch wenn verstorben, geschieden, getrennt lebend) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
derzeitiger Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft
Falls geschieden oder getrennt lebend: Datum der Scheidung oder Trennung und Art der Unterhaltsregelung (Kopie Scheidungsurteil/Scheidungsfolgen- vereinbarung/Trennungsvereinbarung)		
Schulabschluss, welcher und wann (Jahr):		
Berufsabschluss, welcher und wann (Jahr):		
Erwerbsstatus:		
a) erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Leistungen nach dem SGB II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, von-bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, von-bis:
d) nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus sonstigen Gründen (Bitte erläutern!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja angekreuzt wurde, machen Sie bitte auf einem Beiblatt vollständige Angaben zu Wohnort, Erwerbstätigkeit sowie Zeiten der Erwerbstätigkeit!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja angekreuzt wurde, machen Sie bitte auf einem Beiblatt vollständige Angaben zu Wohnort, Erwerbstätigkeit sowie Zeiten der Erwerbstätigkeit!
vollstationäre Unterbringung (z.B. Heim, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:
teilstationäre Unterbringung (z.B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:

I. noch Persönliche Verhältnisse	a) des Antragstellers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	b) des Ehegatten/ Lebenspartners/ Lebensgefährten in ehe- ähnlicher Gemeinschaft (auch wenn verstorben, geschieden, getrennt lebend) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Besondere soziale Situation zur Zeit der Antragstellung:		
Tod eines Familienmitgliedes		
Trennung/Scheidung		
Geburt des Kindes		
Freiheitsentzug/Haftentlassung		
Unterbringung eines Familien- mitgliedes in einer stationären Einrichtung		
Renteneintritt		
Suchtabhängigkeit		
Überschuldung		
ohne eigene Wohnung		

Der Antragsteller/die hilfesuchende Person ist minderjährig und lebt außerhalb des elterlichen Haushaltes oder bei einem Elternteil (Angabe Name, Vorname, Anschrift der sorgeberechtigten Person/en oder des Vormundes):

II. Familienverhältnisse (im gemeinsamen Haushalt leben folgende unter I nicht aufgeführten Personen)	1	2	3	4	5
Nachname (auch Geburtsname):					
Vorname/n:					
Geburtsdatum:					
Geburtsort/Kreis/Land:					
Staatsangehörigkeit: Deutsche/r	<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
bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status:					
Familienstand ledig/verh./verw./gesch./getrennt lebend					
Falls geschieden oder getrennt lebend: Datum der Scheidung oder Trennung und Art der Unterhaltsregelung (Kopie Scheidungsurteil/Scheidungsfolgenvereinbarung/Trennungsvereinbarung)					
Verwandtschaftsverhältnis zu a) (bei Kindern ehelich oder nichtehelich)					
Verwandtschaftsverhältnis zu b) (bei Kindern ehelich oder nichtehelich)					
Schulabschluss, welcher und wann (Jahr):					
Berufsabschluss, welcher und wann (Jahr):					
Erwerbsstatus:					
a) erwerbstätig	<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
b) arbeitslos gemeldet	<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
c) Leistungen nach dem SGB II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, von-bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, von-bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, von-bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, von-bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, von-bis:
d) nicht erwerbstätig (auch Werkstattbesucher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollstationäre Unterbringung (z.B. Heim, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:
teilstationäre Unterbringung (z.B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:
Bargeld (in EUR):					
Spar- und Bankguthaben:					
Haus- und Grundbesitz (ja – nein):					
Sonst. Vermögenswerte und zwar:					
Höhe des Einkommens (mtl. Netto)					

Falls unter II. nichteheliche Kinder aufgeführt sind oder falls der Hilfesuchende ein nichteheliches Kind ist:	1	2	3	4	5
Name, Vorname und Anschrift des leiblichen Vaters/ der leiblichen Mutter					
Geburtsdatum					
Name und Anschrift des (Amts-) Pflegers/Vormunds					
Unterhalt pro Monat/Unterhaltsvorschuss					
Werden diese Zahlungen tatsächlich geleistet, auf welcher Grundlage und in welcher Höhe? (Bitte Nachweise beifügen!)					

Unterhaltspflichtige innerhalb und außerhalb des Haushaltes (Eltern, Kinder):	1	2	3	4	5
Name (auch Geburtsname)					
Vorname/n					
Geburtsdatum					
Verwandtschaftsverhältnis zu a) (bei Kindern ehelich oder nichtehelich)					
Verwandtschaftsverhältnis zu b) (bei Kindern ehelich oder nichtehelich)					
Wohnung (Straße, Haus-Nr.)					
Wohnort mit Postleitzahl					
Art des Einkommens					
Einkommen über 100.000 € brutto/Jahr	<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

III. Aufenthalt des Antragstellers (nur bei beabsichtigter Heimaufnahme)
<p>Wo haben Sie/hat sich die hilfesuchende Person in den letzten 2 Monaten aufgehalten? (Bitte Wohnort/Aufenthaltort und Zeitraum angeben!)</p>

IV. Sonstiges	
Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse (genaue Anschrift):	Mitgliedsnummer: Monatsbetrag in EUR:
Antragsteller ist krankenversichert als:	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner
Familienversichert bei:	
Privat versichert bei:	Leistungsumfang nach aktueller Versicherungspolice:
Wenn nicht krankenversichert, Angabe der letzten Krankenkasse und bis wann dort versichert: (Nachweis beifügen!)	
Für welches Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	
Werden Beiträge zur Arbeiter-/Angestellten-/Rentenversicherung oder staatlich geförderte Altersvorsorgebeiträge freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. Höhe EUR
Haben Sie eine Sterbegeldversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: (Police und aktuellen Rückkaufswert beifügen!)
Haben Sie eine Lebensversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: (Police und aktuellen Rückkaufswert beifügen!)
Haben Sie andere Versicherungen? (z.B. Haftpflicht, Hausrat, Unfall)	Art: (Nachweis über Höhe beifügen!)
Ist ein Antrag auf Rentengewährung gestellt und abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und warum:
Wurde in den letzten 2 Monaten vor Antragstellung Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von – bis:
Sind Sie schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid vorlegen!)
Wurde bereits ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder erteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann beantragt bzw. wann erteilt:
Wenn ja, Art und Grund der Behinderung:	Merkzeichen: GdB: %
Besuchen Sie eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder eine Tagesstätte (TS) o. Ä.?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: ab wann: (Vereinbarung, Vertrag beifügen!)
Nehmen Sie an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in der WfbM, TS teil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beziehen Sie Leistungen der Pflegekasse?	<input type="checkbox"/> ja (Bitte letztes MDK-Gutachten und Bescheid der Pflegekasse beifügen!) <input type="checkbox"/> nein, kein Antrag gestellt oder <input type="checkbox"/> nein (Ablehnungsbescheid der Pflegekasse bitte beifügen!)

IV. noch Sonstiges	
Haben Sie einen Betreuer?	Wenn ja: Name und Anschrift des Betreuers:
Erhalten Sie Leistungen der Kriegsopferversorgung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und wie hoch:
Erhalten Sie Entschädigungsleistungen nach Opferentschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und wie hoch:

V. Einkommensverhältnisse des Antragstellers und seiner Angehörigen

Art des Einkommens (monatlicher Betrag)	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner/ Lebensgefährte, bei Minderjährigen der Eltern	sonstige, nicht volljährige Haushaltsmitglieder				
			zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Altersrente							
EU-Rente							
BU-Rente							
Witwenrente							
Waisenrente							
Unfallrente							
Zusatzrente							
Landwirtschaftl. Altersrente							
Pension							
Arbeitslosengeld I							
Arbeitslosengeld II							
Leistungen nach SGB III							
Elterngeld							
Unterhaltsgeld							
Leistungen vom Sozialamt							
Asylbewerberleistungen							
Krankengeld							
Ausbildungsgeld							
Übergangsgeld							
Mutterschaftsgeld							
Kindergeld							
Kindergeldzuschlag							
BAföG-Leistungen							
BAB-Leistungen							
Wohngeld							
UVG-Leistung							
USG-Leistung							
Lehrlingsgeld							
Gewerbeertrag							
Austragswert							

V. noch Einkommensverhältnisse des Antragstellers und seiner Angehörigen

Art des Einkommens (monatlicher Betrag)	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner/ Lebensgefährte, bei Minderjährigen der Eltern	sonstige, nicht volljährige Haushaltsmitglieder				
			zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 1 EUR
Ertrag aus Land- und Forstwirtschaft							
Unterhaltsleistungen							
Mieteinnahmen (auch im Ausland)							
Pachteinnahmen (auch im Ausland)							
Pflegegeld							
Betriebsrente							
Knappschaftsrente							
Ausländische Rente/Rentenansprüche							
Grundrente (BVG)							
Zuwendungen, die ohne Rechtsanspruch bzw. unregelmäßig zufließen							
Zinsen aus Sparbuch-, Bausparguthaben oder sonstige Einlagen							
sonstige Einkünfte (Art - z.B. OEG o.a.):							
Arbeitseinkommen (netto)							
notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens							
einfache Wegstrecke vom Wohnort zur Arbeitsstätte	km	km	km	km	km	km	km
Fahrtkosten mit öffentl. Verkehrsmitteln							
sonstige Aufwendungen							

VI. Vermögenswerte (auch im Ausland)

a) des Antragstellers - falls minderjährig auch beider Eltern -	b) des Ehegatten
1. Spar-, Bank- und Postsparguthaben: <input type="checkbox"/> Ich habe keine Spar- oder Bankguthaben. <input type="checkbox"/> Ich habe Spar- und Bankguthaben bei: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> € (Betrag) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> (Bankinstitut, IBAN, BIC) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> € (Betrag) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> (Bankinstitut, IBAN, BIC) </div>	1. Spar-, Bank- und Postsparguthaben: <input type="checkbox"/> Ich habe keine Spar- oder Bankguthaben. <input type="checkbox"/> Ich habe Spar- und Bankguthaben bei: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> € (Betrag) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> (Bankinstitut, IBAN, BIC) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> € (Betrag) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> (Bankinstitut, IBAN, BIC) </div>
2. Bargeld Ich verfüge über Bargeld in Höhe von € <div style="text-align: right;">(Betrag)</div>	2. Bargeld Ich verfüge über Bargeld in Höhe von € <div style="text-align: right;">(Betrag)</div>

VI. noch Vermögenswerte (auch im Ausland)

a) des Antragstellers - falls minderjährig auch beider Eltern -

3. Haus- und Grundbesitz

- Ich habe keinen Haus- und/oder Grundbesitz.
 Ich habe Haus- und/oder Grundbesitz.
(Bitte Nachweise vorlegen!)

4. Vertraglich gesicherte Ansprüche

- Ich habe keine Ansprüche gegen Dritte.
 Ich habe vertraglich gesicherte Ansprüche.
(z. B. Wohnrecht, Altenteilsverträge)
(Bitte Nachweise vorlegen!)

5. Sonstige Vermögenswerte

- Ich habe keine sonstigen Vermögenswerte.
 Ich habe sonstige Vermögenswerte.
(z. B. Bausparverträge, wertvolle Sammlungen,
Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlungen von Darlehen,
Wertpapiere usw.)

b) des Ehegatten

3. Haus- und Grundbesitz

- Ich habe keinen Haus- und/oder Grundbesitz.
 Ich habe Haus- und/oder Grundbesitz.
(Bitte Nachweise vorlegen!)

4. Vertraglich gesicherte Ansprüche

- Ich habe keine Ansprüche gegen Dritte.
 Ich habe vertraglich gesicherte Ansprüche.
(z. B. Wohnrecht, Altenteilsverträge)
(Bitte Nachweise vorlegen!)

5. Sonstige Vermögenswerte

- Ich habe keine sonstigen Vermögenswerte.
 Ich habe sonstige Vermögenswerte.
(z. B. Bausparverträge, wertvolle Sammlungen,
Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlungen von Darlehen,
Wertpapiere usw.)

- Kraftfahrzeug/e
Halter:
Kennzeichen:
Hersteller:
Typ:
Baujahr:
Kilometerstand: km
evtl. Zeitwert: €

6. Wurden im Zeitraum bis zu 10 Jahren vor Antragstellung Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) an Dritte veräußert, zur Aufbewahrung übergeben oder verschenkt?

- nein ja, gegebenenfalls Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:

7. Wurden Verträge zugunsten Dritter – für den Erlebens- und/oder Todesfall – abgeschlossen?

- nein ja (ggf. Nachweise vorlegen!)

VII. Nicht geklärte Ansprüche

Haben Sie oder ein Angehöriger noch nicht entschiedene Ansprüche gegen Dritte?

- nein ja, welche:

Antrag gestellt am: bei:

VIII. Kosten der Unterkunft und Heizung

1. Beteiligung an den Kosten der Unterkunft und Heizung, wenn nicht selbst Mieter einer Wohnung

nein ja, in welcher Höhe EUR
(Bitte Nachweise beifügen, entsprechende Angaben zu 2. 3., 4. machen!)

2. Miete (Bitte Nachweise beifügen – Mietvertrag, Betriebskostenabrechnung o.a.!)

(Hinweis: Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person/en	Gesamtgebäudefläche:	m ²
		Wohnfläche:	m ²
Kosten der Unterkunft (ohne Heizkosten):			EUR
davon Grundmiete:			EUR
davon Nebenkosten:			EUR
Enthalten die o.g. Beträge Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:		EUR
Kosten für Schönheitsreparaturen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:		EUR
Kosten für Garage/Stellplatz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:		EUR
Kosten für Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:		EUR
Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:			
<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung		
<input type="checkbox"/> teilmöbliert	<input type="checkbox"/> Leerzimmer		EUR
Wurde Wohngeld bewilligt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für welchen Zeitraum:			

3. Heizkosten (Bitte Nachweise beifügen – Abrechnungen, Betriebskostenabrechnungen o.a.!)

(Hinweis: Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)

Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Sonstiges
Höhe der monatlichen Kosten:	EUR
Enthält der o.g. Betrag	
(1) Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: EUR
(2) Kosten für Kochenergie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: EUR
(3) Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: EUR
ja = zentral = die Warmwassererwärmung ist mit der Heizungsanlage verbunden.	
Wenn die Warmwasserbereitung nicht mit der Heizungsanlage verbunden ist, sondern durch eine extra Vorrichtung erzeugt wird = dezentral, dann bitte mitteilen:	- wie erfolgt Ihre Warmwasserbereitung? (z. B. externer Boiler) - monatliche Kosten: EUR

4. Haus-/Wohnungseigentum

(Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, sind alle Kosten und Belastungen nachzuweisen!)

Zahl der Personen im Haus:	Person/en	Gesamtgebäudefläche:	m ²
		Wohnfläche:	m ²

Girokonto des Antragstellers für Sozialhilfeleistungen :

Bankinstitut

Sitz des Bankinstituts

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Bitte für alle gemachten Angaben Nachweise in Kopie beifügen!

Für alle Hilfen sind die Kontoauszüge der letzten 3 Monate vorzulegen!

Erklärung des Antragstellers und seines Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag 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, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Wohnortwechsel, Krankenhausaufenthalt, Kur/Reha-Maßnahme) unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Darüber hinaus verpflichte ich mich, die länger als 1 Monat dauernden Auslandsaufenthalte unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass sich das Sozialamt Burgenlandkreis Unterlagen anderer Sozialleistungsträger und Dritter einholen kann, soweit sie für die Antragsbearbeitung erforderlich sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt des Hinweisblattes nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/
ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Ehegatte/
Lebenspartner/Lebensgefährte/
ggf. gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Ergänzung vorgenommen durch

gelesen und genehmigt