

Zeil  
1  
2  
3  
4  
5

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)  
wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung  Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5, 7-9 SGB XII, und zwar in Form von:  
(z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Eingangsstempel

Ausgegeben am:

Der/die Antragsteller(in), die hilfebedürftige Person ist	
<input type="checkbox"/>	Kriegsbeschädigte(r) oder Kriegshinterbliebene(r)
<input type="checkbox"/>	Ausländer(in), Staatenlose(r)
<input type="checkbox"/>	Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in)

Zutreffendes ankreuzen!

**Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).**

I. Persönliche Verhältnisse:	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
6	Familiennamen (ggf. Geburtsnamen angeben)	
7	Vorname(n)	
8	Wohnanschrift: PLZ, Ort	
9	Straße, Nr.	
10	Telefon (freiwillige Angabe)	
11	E-Mail (freiwillige Angabe)	
12	Geburtsdatum	
13	Geburtsort/Kreis	
14	Familienstand	
15	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag   Monat   Jahr Datum*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag   Monat   Jahr Datum*
16	*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils
17	Art der Unterhaltsregelung	
18	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig?	
19	ggf. warum? (Gebrechen)	
20	Schwerbehindertenausweis ausgestellt am:	
21	Betreuer/in (Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)	
22	Anschrift (Betreuer/in): Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	
23	Staatsangehörigkeit	
24	Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	
25	a) Duldung	
26	b) Niederlassungserlaubnis	
27	c) Aufenthaltserlaubnis	
28	Ausweispapiere: Art und Nummer	
29	Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde	
30	bei Spätaussiedlern Bescheinigung nach § 15 BVFG	
31	Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde	
	Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)	

\* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

**II. Familienverhältnisse:**

Außer der hilfebedürftigen Person und ihrem Ehegatten/Lebenspartner\*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in **der Haushaltsgemeinschaft** (z.B. Kinder)

	1	2	3	4
32 Familienname (ggf. Geburtsname)				
33 Vorname(n)				
34 Geburtsdatum				
35 Geburtsort/Kreis/Land				
36 Staatsangehörigkeit				
37 a) Duldung	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
38 b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
39 c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
40 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*
41 Verwandtschaftsverhältnis zur hilfebedürftigen Person				
42 (bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse				
43 Beruf				
44 Derzeit ausgeübte Art der Tätigkeit				
45 Derzeitiger Arbeitgeber				
46 Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit	Datum	Datum	Datum	Datum
47 Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit/ Erwerbsminderung				
48 Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)				
49 Sonstiges				
50 Sonstiges				

**Falls die hilfebedürftige Person ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:**

51 Name der Person/des Kindes		
52 Name des/der Unterhaltspflichtigen		
53 Wohnanschrift des Unterhaltspflichtigen		
54 Name des Vormunds, Pflegers		
55 Anschrift d. Vormunds, Pflegers		
56 Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR	EUR
57 In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR	EUR
58 Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.		

**III. Unterhaltspflichtige Angehörige**

**1. Bei allen Hilfen nach SGB XII (außer bei Leistungen zum Lebensunterhalt an Minderjährigen)**

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

59 Verfügt eines Ihrer Kinder/ ein Elternteil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 EUR jährlich (Summe aus allen bezogenen Arbeitsentgelten und -einkommen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 67 Adressen an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 67 Adressen an)												
60 Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/ Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</td> <td>Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1	2	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen			<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</td> <td>Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1	2	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen		
1	2													
Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen													
1	2													
Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen													

**2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 58 "X" ja" angekreuzt wurde)**

	1	2	1	2
61 Familienname, ggf. Geburtsname der/des <b>unterhaltspflichtigen</b> Angehörigen				
62 Vorname(n)				
63 Geburtsdatum				
64 Geburtsort				
65 Staatsangehörigkeit				

\* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG



**V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)**

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
115 <b>Keine</b> absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ausgaben</b>	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
116 Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
117 Kranken-/Pflegeversicherung						
118 Arbeitslosenversicherung						
119 Rentenversicherung						
120 Altersvorsorgebeiträge						
121 -versicherung						
122 -versicherung						
123 Lebensversicherung						
124 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
125 – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
126 – Benutztes Verkehrsmittel						
127 – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
128						
129						

**VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland!) – ggf. Beiblatt verwenden – (Bitte Nachweise beifügen!)**

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
130 <b>Kein</b> Vermögen	<input type="checkbox"/>					
131 <b>Art des Vermögens</b>	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
132 Bargeld						
133 Bank-/Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen)						
134 Kreditinstitut						
135 Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert						
136 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 164 bis 167 beachten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
137 <b>Haus/Wohneigentum**</b> – Haus/Eigentumswohnung • Größe Grundstück • Größe Haus/m <sup>2</sup> • Anzahl Wohnungen						
138 <b>Sonstiger Grundbesitz**</b> • Art/Nutzung • Verkehrswert • Sonstiges						
139 <b>Kraftfahrzeug(e)</b> Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung						
140 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
141 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
142 Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonst. Vermögensgegenstände etc.)						

**VII. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)**

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	Nachweise beifügen!
143 Kostenaufwändige Ernährung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ärztliches Attest
144 Eingeschränkte Mobilität (Merkzeichen G oder aG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schwerbehindertenausweis
145 Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderstätte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nachweis über Verpflegungskosten
146 Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Entbindungstermin
147 Alleinerziehung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte**

**1. Vermögensübertragungen**

148 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde
Bemerkungen	

\*\* Wert, Größe sowie Lage Ihres Immobilienvermögens ist durch die Einreichung geeigneter Dokumente (Katastrauszug, Grundbuchauszug, Fotos etc.) nachzuweisen.

**2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche**

149 Glaubt die hilfebedürftige Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?  
 Nein  Ja, und zwar  aus der Sozialversicherung  aus Krankheit  aus Unfall  aus dem Lastenausgleich  
 150  als Kriegsbeschädigte(r)  aus anderem Rechtsgrund, nämlich \_\_\_\_\_  
 151 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? \_\_\_\_\_  
 152 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_ Az. \_\_\_\_\_

**3. Versicherungsansprüche (auch im Ausland!)**

153 Sind Sie **privat kranken- und pflegeversichert**?  nein  ja  
 154 Bei welcher Versicherung? \_\_\_\_\_ Monatsbeitrag \_\_\_\_\_ EUR  
 155 Basistarif  nein  ja  
 156 **Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?** \_\_\_\_\_ Monatsbeitrag \_\_\_\_\_ EUR  
 157 Versichert als  Pflichtmitglied  freiw. Mitglied  Renten-antragsteller  Rentner  Familien-versicherter  
 158 Familienversichert bei \_\_\_\_\_  
 159 **Steuer-Identifikationsnummer**  
 160 Wenn Sie derzeit **nicht** Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert?  nein  ja Wenn ja, wann? Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 161 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse? \_\_\_\_\_  
 162 Versichert als  Pflichtmitglied  freiw. Mitglied  Renten-antragsteller  Rentner  Familien-versicherter  
 163 Besteht eine **Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag**?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_  
 164 Aktueller Rückkaufswert \_\_\_\_\_ EUR  
 165 **Lebensversicherung** besteht bei Gesellschaft \_\_\_\_\_  
 166 Höhe der Versicherungssumme \_\_\_\_\_ EUR fällig am: \_\_\_\_\_  
 167 Vertrags-Nummer \_\_\_\_\_  
 168 Aktueller Rückkaufswert \_\_\_\_\_ EUR  
 169 Besteht ein **Rentenanspruch**, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?  nein  ja, beantragt bei \_\_\_\_\_  
 170 Falls der Antrag abgelehnt wurde \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_  
 171 \_\_\_\_\_ warum? \_\_\_\_\_  
 172 Werden Beiträge zur Rentenversicherung/ zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet?  nein  ja  
 173 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? \_\_\_\_\_  
 174 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?  nein  ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen  
 175 Sozialversicherungsnummer (Bitte unbedingt angeben!) \_\_\_\_\_  
 176 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

**IX. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)**

**1. Miete für Wohnung (Bitte Nachweise beifügen!)**

177 Zahl der Personen in der Wohnung: Anzahl \_\_\_\_\_ Person(en) Wohnfläche: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> davon untervermietet: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>  
 178 Gesamtkosten der Unterkunft: \_\_\_\_\_ EUR  
 179 davon Kaltmiete: \_\_\_\_\_ EUR  
 180 Nebenkosten: \_\_\_\_\_ EUR  
 181 Kosten für Stellplatz/Garage: \_\_\_\_\_ EUR  
 182 Heizungskosten:  Holz/Kohle  Fernwärme  Gas  Öl  Strom \_\_\_\_\_ EUR  
 183 Einnahmen aus Untervermietung \_\_\_\_\_ EUR  
 184 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten?  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  
 185 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

**2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)**

186 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

**3. Miete für besondere Wohnform der Eingliederungshilfe; ehemals stationäre Einrichtung (Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen!)**

187 Wurde ein Zimmer in einer Wohneinrichtung angemietet mit zusätzlicher Möglichkeit zur Nutzung von Gemeinschaftsflächen?  ja  nein  
 188 Gesamtkosten der Unterkunft \_\_\_\_\_ EUR  
 189 davon Kaltmiete \_\_\_\_\_ EUR  
 190 Nebenkosten \_\_\_\_\_ EUR  
 191 Zusätzliche Wohnkosten: Möblierungszuschlag für das eigene Zimmer \_\_\_\_\_ EUR  
 192 Haushaltsstrom \_\_\_\_\_ EUR  
 Instandhaltung der angemieteten Räume \_\_\_\_\_ EUR  
 Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten \_\_\_\_\_ EUR  
 Gebühren für Telefon, Rundfunk, TV und Internet \_\_\_\_\_ EUR

**4. Sonstige Angaben zur Unterkunft**

193 Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt?  ja  nein  
 194 Bestehen Mietschulden?  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  
 195 Bestehen Schulden für Energielieferungen?  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  
 196 Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**X. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):**

197 Erwerbsstatus \_\_\_\_\_ Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI) Ehegatte/Lebenspartner\*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI  
 198 Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung  \_\_\_\_\_  
 199 Erwerbstätig als \_\_\_\_\_

200	Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von	bis	von	bis
201		von	bis	von	bis
202	Auslandsaufenthalte in den letzten drei Jahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, dann bitte die <b>Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland</b> ausfüllen.	
203	Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
204	Stamm-Nr./Kunden-Nr.				
205	<b>Nicht erwerbstätig</b> wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
206	wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörige)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
207	wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit/Pflege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
208	aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
209	aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**XI. Sonstiges:**

210	Wurde bereits früher Sozialhilfe/Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder Alg. II/Bürgergeld bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja vom		bis
211	Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?				
212	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt? . . . . .	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
213	Falls ja, welche Behörde? . . . . .				
214	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes				
215	Hat der/die hilfebedürftige Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG), erhalten? . . . . .	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja vom		bis
216	Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.				
217	Bei <b>Heim- oder Anstaltsunterbringung</b> und -entlassung; bei besonderer Wohnform der Eingliederungshilfe (Ein- und Auszug)				
218	a) <b>(bei Heim- oder Anstaltsaufnahme, bei Einzug in besondere Wohnform)</b> Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Einzug/Aufnahme . . .				
219	b) <b>(bei Übertritt/Umzug von einem Heim, einer Anstalt oder einer besonderen Wohnform in ein anderes Heim usw.)</b> Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt/eine besondere Wohnform? Wer war bisher Kostenträger? . . . . . Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt/der besonderen Wohnform				
220	c) <b>(bei Entlassung/Auszug aus Heim/Anstalt/besondere Wohnform)</b> Wo und bis wann war die hilfebedürftige Person zuletzt in einer Anstalt usw.?				
221	(Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes . . . . .				
222	Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . . Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?				

**XII. Bankverbindung:** Girokonto der hilfebedürftigen Person:

223	Name und Sitz des Geldinstituts	
224	IBAN	BIC
	Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich)	

**Erklärung der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partners eheähnliche Gemeinschaft:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.  
 Mir ist bekannt, dass ich **wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss**. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).  
 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 Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.  
 Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.  
**Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.**  
 Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.  
 Sind die Voraussetzungen für Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsofopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

225  Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

226	Ort, Datum	Unterschrift der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers oder seines gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/Partners eheähnliche Gemeinschaft
-----	------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

**Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.**

227	Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller	Unterschrift des Aufnehmenden
-----	---------------------------------------------------	-------------------------------

**Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).**

228 Vorstehende Angaben entsprechen  der Wahrheit  nicht der Wahrheit. Die Notlage wird  anerkannt  nicht anerkannt.  
 (Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)  
 Ort, Datum  
 I. A.  
 Mit \_\_\_\_\_ Anlagen an  
 die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis