

# SOZIALHILFEANTRAG

**Es wird beantragt:**

- Hilfe zum Lebensunterhalt**
- Hilfe zur Pflege**
- 

**Antragstellung bei:**

- Sozialverwaltungsamt Homberg**

Name, Vorname																			
Straße, Hausnummer						Postleitzahl	Wohnort												
Telefon						/													
Kto-Nr.											Bankleitzahl								
										Bank									

**1.1 Führen Sie einen eigenen Haushalt?**     ja     nein

**1.2 Welche Personen gehören zur Haushaltsgemeinschaft?**  
 (Haushaltsvorstand, Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Sonstige)

Nr	Zu- und Vorname (evtl. Geburtsname)	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis	beschäftigt bei	Staatsangehörigkeit	ausländerrechtl. Status
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Bitte Personalausweis oder Reisepass vorlegen  
 Bei mehr als 6 Personen bitte gesondertes Beiblatt verwenden

**1.3 Für wen wird Sozialhilfe beantragt?**

Nr. \_\_\_\_\_

**1.4 In meiner Wohnung leben folgende Personen, die nicht zu meinem Haushalt gehören:**

\_\_\_\_\_

Zu- und Vorname, Geburtsdatum (z.B. Wohngemeinschaft)

**1.5 Ich lebe in eheähnlicher Gemeinschaft:**

nein     ja, mit \_\_\_\_\_

Name, Vorname

**1.6 Der Bescheid soll nicht an mich, sondern an folgende Person zugestellt werden:**

Betreuer/Vormund/Beistand bestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durch:	Az.:
------------------------------------	---	--------	------

ggfls. Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Falls ja, bitte Ausweis beifügen

**1.7 Folgende laufende Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:**

Empfänger	Betrag	Bank	Bankleitzahl	Konto-Nr.	Verwendungszweck

Art der Leistungen, Name des Zahlungsempfängers, Anschrift, evtl. Kassenzeichen, Bankverbindung (z. B. Krankenversicherung, Miete)

**2.1 Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen?**

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
von	bis	Behörde:	Hilfeart:

**2.2 Wo haben Sie und Ihre Angehörigen zuletzt gewohnt?  
Aufenthalt in den letzten 6 Monaten**

Zu- und Vorname	Anschrift*	von - bis	Umzugsgrund	in einer Einrichtung
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte Anmeldung der Gemeinde/Stadt und Reisepass (bei Übertritt aus dem Ausland) vorlegen

\*Sofern es sich um eine Einrichtung handelt, ist zusätzlich auch der letzte Wohnsitz vor Aufnahme in der Anstalt anzugeben

**2.3 Wenn heute in einer Einrichtung untergebracht, wo war der Aufenthalt davor zuletzt?**

**2.4 Bei Übertritt aus dem Ausland (Tag und Ort des Grenzübertritts)**

**2.5 Der derzeitige Aufenthalt ist**

dauernd       besuchsweise      bis: \_\_\_\_\_

### 3. Statistische Angaben

<b>3.1 Erwerbsstatus</b>	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
Vollzeiterwerbstätig						
Teilzeiterwerbstätig						
Arbeitslos gemeldet - mit Leistungsanspruch seit _____						
Arbeitslos gemeldet – ohne Leistungsanspruch seit _____						
Nicht erwerbstätig:						
- wegen Aus- und Fortbildung						
- wegen häuslicher Bindung (z. B. Kindererziehung)						
- wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit						
- aus Altersgründen						
- aus sonstigen Gründen						

<b>3.2 Höchster Berufsausbildungsabschluss:</b>	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
kein beruflicher Ausbildungsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung						
noch in beruflicher Ausbildung						
abgeschlossene Lehre in einem gewerblich-technischen Beruf						
abgeschlossene Lehre in einem kaufmännischen Beruf						
abgeschlossene beruflich-schulische Ausbildung						
Abschluss einer Fachschule, Meister-, Technikerschule						
Berufs- oder Fachakademie						
(Fach-)Hochschulabschluss						
anderer beruflicher Ausbildungsabschluss						

**Berufswunsch:**

<b>3.3 Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:</b>	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
in schulischer Ausbildung						
Volks-/Hauptschulabschluss						
Realschulabschluß oder gleichwertiger Abschluss						
Fachhochschul- oder Hochschulreife (Abitur)						
sonstiger Schulabschluss						
kein Schulabschluss						

3.4 Persönliche Ver- hältnisse	der/des Hilfsu- chenden (HS) (Person, für die Hilfe beantragt wird. Bei Eheleuten: hier den Haushaltsvorstand eintragen)	des Ehegatten (auch wenn geschie- den, verstorben, ge- trennt lebend)	falls der/die HS minderjährig und unverheiratet ist, der leiblichen EI- tern (die Fragen sind immer zu beantworten, auch wenn die Eltern bereits verstorben sind )1)	
			Vater	Mutter
Familienstand <small>(led./verh./get. leb./verw.)</small>	seit /	seit /	seit /	seit /
Aussiedler/ Spätaussiedler	<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
Staatsangehörigkeit bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status				
Pers.-Ausweis/Pass ausgestellt am/vom				
höchster Schulab- schluss an allg.- bildenden Schulen				
erlernter Beruf				
höchster Berufsaus- bildungsabschluss				
zuletzt ausgeübter Beruf				
Beteiligung am Er- werbsleben <b>falls nein:</b> Grund der Nichter- werbstätigkeit	<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
arbeitslos	<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
gemeldet:	seit Monat/Jahr	seit Monat/Jahr	seit Monat/Jahr	seit Monat/Jahr
Arbeitgeber				
zuletzt krankversi- chert bei:				
	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Kriegsbeschädigt gefallen am/ vermisst seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.

1) Beantwortung kann unterbleiben, wenn die HS schwanger ist oder ihr leibliches Kind bis zur Vollendung seines 6. Lebensjahres betreut.

**II. Personen**, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in **Haushaltsgemeinschaft** lebt/leben (z. B. Kinder), soweit nicht bereits unter Ziffer I. angegeben:

<b>Persönliche Verhältnisse</b>	Haushaltsangehöriger 1	Haushaltsangehöriger 2	Haushaltsangehöriger 3	Haushaltsangehöriger 4
Name				
auch Geburtsname und frühere Namen				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Land				
Ist der/die Haushaltsangehörige mit d. HS verwandt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
wenn <b>ja</b> , Verwandschaftsverhältnis wenn <b>nein</b> , Grund der Aufnahme in die Hausgemeinschaft				
Familienstand (led./verh./get. leb./verw.)	seit /	seit /	seit /	seit /
Aussiedler/ Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Staatsangehörigkeit <b>bei Ausländern:</b> aufenthaltsrechtlicher Status				
Pers.-Ausweis/ Pass ausgestellt am/vom				
höchster Schulabschluss an allg.-bildenden Schulen				
erlernter Beruf				
höchster Berufsausbildungsabschluss				
zuletzt ausgeübter Beruf				
Beteiligung am Erwerbsleben <b>falls nein:</b> Grund der Nichterwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
arbeitslos gemeldet:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit Monat/Jahr			
zuletzt krankenversichert bei:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Kriegsbeschädigt gefallen am/ vermisst seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.

<b>4. Angaben zum Einkommen der Personen</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Einkommensart (nicht Zutreffendes streichen)</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>
Arbeitseinkommen <sup>1)</sup> (auch aus Aushilfstätigkeiten/geringfügiger Beschäftigung)						
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit <sup>2)</sup>						
<b>RENTEN/PENSIONEN</b>						
Witwen-/Waisenrente						
Regelaltersrente (Deutsche Rentenversicherung)						
Leistung für Kindererziehungszeiten						
Erwerbs-Unfähigkeitsrente						
Unfallrente ( % GdB)						
Landwirtschaftliches Altersgeld						
Pension/Betriebsrente u. ä.						
Sonstige Renteneinkünfte						
<b>RENTENEINKÜNFTE NACH DEM BVG</b>						
Grundrente						
Ausgleichsrente						
<b>EINKÜNFTE NACH DEM LAG (Ausgleichsamt)</b>						
Unterhaltshilfe						
Pflegezulage						
Entschädigungsrente						
<b>LEISTUNGEN NACH DEM SGB II/III (Kunden-Nr.)</b>						
Arbeitslosengeld I						
Arbeitslosengeld II						
Unterhaltsgeld						
Berufsausbildungsbeihilfe						
Eingliederungsgeld/-hilfe						
<b>SONSTIGE EINNAHMEN</b>						
Krankengeld täglich						
Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung						
Wohngeld						
Erziehungsgeld						
Mutterschaftsgeld						
Kindergeld (KG-Nr.: )						
Ehegattenunterhalt						
Kindesunterhalt						
Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)						
Leistungen nach dem BAföG						
Blindengeld						
<b>LEISTUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG</b>						
<input type="checkbox"/> Ja (Bescheid der Pflegekasse beifügen)						
<input type="checkbox"/> Nein						

<b>SONSTIGES:</b>						
-------------------	--	--	--	--	--	--

1) Verdienstnachweis über das Nettoeinkommen der letzten 12 Monate und Urlaubs- und Weihnachtsgeld oder sonstige Zuwendungen

2) Einkommensteuerbescheide und Bilanzen inklusive GuV der abgeschlossenen letzten 3 Jahre

**\*Bitte zu allen Einnahmearten Nachweise vorlegen oder angeben, ob sie beantragt wurden.**

**5.1 Versicherungen**

Name	Art	Gesellschaft	jährlich	½-jährlich	¼-jährlich	monatlich

Bitte Versicherungsschein und letzten Zahlungsbeleg vorlegen.

**5.2 Krankenversicherung/Pflegeversicherung**

versichert bei:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
Vers.-Nr.:	<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Beitrag mtl:	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> sonstig versichert

Bitte Nachweis vorlegen.

**5.3 Berufsbedingte Aufwendungen**

	Name:	Name:
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte in _____ <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> eigener Pkw <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Fahrtkosten _____ EUR einfache Fahrstrecke zum Arbeitsplatz: _____ km Arbeitstage/Woche:	Fahrtkosten _____ EUR einfache Fahrstrecke zum Arbeitsplatz: _____ km Arbeitstage/Woche:
Es besteht Fahrgemeinschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja:	An _____ Tagen fahre ich selbst.	An _____ Tagen fahre ich selbst.
Beiträge zu Berufsverbänden:		
Arbeitsmittel:		
Sonstiges:		

**5.4 Sonstige Belastungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. In meinem/unserem Haushalt sind Kraftfahrzeuge vorhanden:  ja       nein**

Wenn ja: Name des Halters: \_\_\_\_\_

Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Bitte Kraftfahrzeugschein(e) vorlegen.

**7. Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor?  ja       nein**

Wenn ja: Name \_\_\_\_\_

Grad der Minderung in % \_\_\_\_\_

Merkzeichen „G“ vorhanden? \_\_\_\_\_

Art der Schädigung \_\_\_\_\_

Bitte Schwerbehindertenausweis(e) vorlegen.

**8. Haben die Haushaltsmitglieder einen Sozialversicherungsausweis?  ja       nein**

Wenn ja, legen Sie den Ausweis bitte vor bzw. machen Sie Angaben über die Hinterlegung.

**9. Angaben zur Arbeitsfähigkeit:**

Zu- und Vorname	arbeitsfähig		wenn nein, Begründung angeben
	ja	nein	

**10.1 Welche Arbeitsverhältnisse bestanden in den letzten 3 Jahren?**

Name	von - bis	Arbeitgeber	Tätigkeit	Beendigungsgründe

**10.2 Bestehen Ansprüche oder Rechte gegen Dritte?**

(z. B. aus Übergabevertrag, auf Wohnrecht, Wartung und Pflege, Zahlungen)

nein       ja

**Wenn ja, Art und Höhe (Nachweis beifügen)**

Name	kranken- versichert bei Vers.-Nr. Beiträge gezahlt von - bis	renten- versichert bei Vers.-Nr. Beiträge gezahlt von - bis	arbeitslosen- versichert Beiträge gezahlt von - bis	Ansprüche bei Versiche- rungen (z. B. Unfall-, Le- bens-, Haft- pflichtversi- cherung) Art und Höhe	sonstige An- sprüche (z. B. Erban- sprüche, Übergabe- vertrag) Art und Höhe	Wurden Anträge gestellt?

Sofern zutreffend, bitte Nachweise vorlegen.

## 11. Wohnverhältnisse

- ♦ Gesamtwohnfläche in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_ davon untervermietet in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_ davon gewerblich genutzt in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_
  - ♦ Anzahl der Wohnräume: \_\_\_\_ Küche: \_\_\_\_ Bad: \_\_\_\_ Toilette: \_\_\_\_ Nebenräume: \_\_\_\_
  - ♦ Art der Beheizung:
  - ♦ Einzelbeheizung mit  Kohle  Öl  Gas  Strom
  - ♦ Zentralheizung mit  Kohle  Öl  Gas  Strom
  - ♦ Wenn zur Untermiete wohnend, welche Räume werden gemeinsam genutzt?
- 
- ♦ Bezugsfertigkeit/Baujahr der Wohnung: \_\_\_\_\_
  - ♦ Liegt eine Kündigung vor?  ja  nein      Wurde Räumungsklage erhoben?  ja  nein
  - ♦ Haben Sie Wohngeld bei der Wohngeldstelle beantragt?  ja  nein
  - ♦ Liegen Mietrückstände aus der bisherigen Wohnung vor?  ja  nein

### 11.1 Mietwohnung

	monatlich
Kaltniete	
Nebenkosten Wasser, Kanal, Müll	
Heizkostenpauschale	

**Bitte Mietvertrag und Mietbescheinigung vorlegen.**

### 11.2 Eigenheim

Kreditgeber	letzter Schuldenstand	Zinsen/jährlich	Tilgung/jährlich

Bitte Grundbuchauszug und letzte Jahreskontoauszüge, eventuell auch Kaufvertrag, vorlegen.

### 11.3 Nebenkosten bei Haus- und Grundbesitz

	jährlich	halbjährlich	vierteljährlich	monatlich
Grundsteuer				
Müllabfuhr				
Brandversicherung				
Wassergeld				
Kanalgebühr				
Schornsteinfeger				
Gebäudehaftpflicht				
Sonstiges				

Bitte Bescheide der Gemeinde/Stadt; Nachweise des Vermieters oder Sonstiges vorlegen.

## 12. Altenteilsansprüche

ja  nein      Übergabevertrag vom: \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte Übergabevertrag vorlegen.

**13.1 Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**

(z. B. getrennt lebender/geschiedener Ehegatte, eheliche, nichteheliche, für ehelich erklärte oder angenommen Kinder, Eltern)

Name, Vorname	Geb.-Datum	Fam.-Stand	Verw-Verhältnis zum/zur HS.	Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Einkommen	Vermögen
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:

**13.2 Nur für Unterhaltsansprüche bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eheleuten:**

verheiratet seit \_\_\_\_\_ getrennt lebend seit \_\_\_\_\_ geschieden seit \_\_\_\_\_

Datum, Az, Name des Gerichts

Betreuer/Vormund/Beistand bestellt ja nein

durch: \_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_

ggf. Name und Anschrift

Frühere Ehegatten, soweit nicht bereits auf Seite 1 angegeben:

Name und Anschrift mit Geburtsdatum, Beruf und evtl. Sterbetag

Soweit die **Ehe** mit dem vorstehenden oder auf Seite 1 angegebenen Ehegatten **geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt** wurde

Urteil des Land-/Familiengerichts in: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_

Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen – falls nicht geregelt im Scheidungsurteil

Bei nichtehelich geborenen Minderjährigen:

Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages \_\_\_\_\_ €.

Geht dieser lfd. in voller Höhe ein? ja nein

♦ Wurde ein Rechtsanwalt mit der Durchsetzung der Unterhaltsansprüche beauftragt?  
 nein  ja \_\_\_\_\_

Name, Anschrift

♦ Wurde Unterhaltsklage eingereicht?  
 nein  ja, das Verfahren läuft noch  ja, das Verfahren ist bereits abgeschlossen

♦ Die Unterhaltsregelung erfolgte durch  
 Urteil  gerichtlichen Vergleich  notariellen Vertrag  freie Vereinbarung  Verzicht

♦ Höhe des Unterhaltsanspruches (Schuldtitel)

### 14.1 Vermögensverhältnisse

Art des Vermögens	Name des Kontoinhabers	Konto-Nr./Institut	Höhe
Bargeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Girokonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sparguthaben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wertpapiere/Sparbriefe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anl. Vermögenswirksame Leistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bausparguthaben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Lebens- und Kapitalversicherungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Haus- und Grundbesitz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, bitte zusätzliche Angaben in Position 14.1 a- c		
sonstiges Vermögen (Angaben auf gesondertem Blatt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Bitte Sparbücher, Verträge, Grundbuchauszüge oder Sonstiges vorlegen.

### 14.1 Haus- und Grundvermögen

a)  
 Wohnhaus Zahl der Wohnungen: \_\_\_\_\_  Eigentumswohnung

gewerblich genutztes Grundstück

Eigentümer: \_\_\_\_\_

ggf. Anteil \_\_\_\_\_ v.H. Einheitswert \_\_\_\_\_ € geschätzter Verkehrswert \_\_\_\_\_ €

b)

**Sonstiger Grundbesitz** insgesamt \_\_\_\_\_ ha

davon Bauland \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Bauerwartungsland \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Garten \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Eigentümer: \_\_\_\_\_

ggf. Anteil \_\_\_\_\_ v.H. Einheitswert \_\_\_\_\_ € geschätzter Verkehrswert \_\_\_\_\_ €

Flurstück Nr. \_\_\_\_\_ Gemarkung \_\_\_\_\_

Es werden selbst bewirtschaftet \_\_\_\_\_ ha. Es werden verpachtet \_\_\_\_\_ ha.

Es sind gepachtet \_\_\_\_\_ ha.

c)

**Vermögensabgabe/Waren Vermögenswerte (z. B: Haus, Grundstück – bitte Übergabe- Überlassungs- oder Kaufverträge usw. beifügen-, Bar- oder Spargeld, Wertpapiere – wenn Abgabe in den letzten 10 Jahren erfolgte) veräußert, übergeben oder verschenkt?**  nein  ja

Wenn ja: Art, Höhe, Anlass, Zeitpunkt, Empfänger:

**14.2 Freistellungsaufträge**

Name	Institut	Betrag

Bitte Nachweise vorlegen

**14.3 Wurde von Ihnen in den letzten 10 Jahren oder davor Vermögen (Grundbesitz, Wertpapiere, Geldvermögen) verkauft, geschenkt oder übergeben?**

ja  nein

Wenn ja, bitte Nachweise vorlegen.

**15.1 Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) gewährt?**

nein

ja, als Beschädigte/r, Minderung der Erwerbsfähigkeit \_\_\_\_\_ %

Witwe

Waise

Eltern

Sonderfürsorgeberechtigte

**15.2 Werden Leistungen der Versorgung aufgrund anderer gesetzlicher Grundlagen gewährt?**

nein  ja, nach

Soldatenversorgungsgesetz  Gesetz über Zivildienst

\_\_\_\_\_

**15.3 Die Rentenzahlung erfolgt durch das Amt für Versorgung und Soziales \_\_\_\_\_ unter der Grundlisten-Nr. \_\_\_\_\_**

**16. Begründung des Sozialhilfeantrages:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch

von Haushaltsangehörigen), unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls dort anzeigen.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte – auch die während meines letzten Krankenhausaufenthaltes – von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.

**Legen Sie bitte die jeweiligen Unterlagen zu Ihren Angaben mit dem Antrag vor.**

**Sofern im Antragsformular nicht ausreichend Platz für Ihre Angaben vorhanden ist, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.**

**Beachten Sie bitte, dass Rückfragen aufgrund unvollständig ausgefüllter Anträge die Bearbeitung verzögern.**

**Folgende Unterlagen werden nachgereicht:**

---

---

---

---

---

**Ergänzende Angaben:**

---

---

---

---

---

**Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie geplante Wohnungswechsel - unverzüglich und un- aufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.**

**Nach §§ 60 - 67 Sozialgesetzbuch (SGB I) bin ich zur Mitwirkung verpflichtet. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung führen. Mir ist bekannt, daß nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.**

**Mir ist bekannt, daß meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.**

**Weiterhin können nach § 118 SGB XII Personen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs überprüft werden, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit oder der Träger der Unfall- oder Rentenversicherung oder durch andere Träger der Sozialhilfe bezogen wurden oder werden.**

**Außerdem ist die Überprüfung von Geburtsdatum und -ort, Personen- und Familienstand, Wohnsitz, Dauer und Kosten von Miet- und Überlassungsverhältnissen von Wohnraum, Dauer und Kosten von bezogenen Leistungen über Elektrizität, Gas, Wasser, Fernwärme oder Abfallentsorgung und die Eigenschaft als Kraftfahrzeughalter bei anderen Stellen der Verwaltung und ihren wirtschaftlichen Unternehmen zulässig.**

**Ich bin auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ich der Übermittlung meiner besonders schutzwürdigen Sozialdaten bereits jetzt widersprechen muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin (§ 76 SGB X).**



\_\_\_\_\_, **den** \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. seines gesetzlichen  
Vertreters, falls er Antragsteller ist

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte

**Ich bestätige, dass ich ein Exemplar des Belehrungsbogens erhalten und zur Kenntnis genommen habe.**

\_\_\_\_\_, **den** \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Nicht vom Antragsteller auszufüllen**

I.  
Die Angaben wurden geprüft und sind – nicht – glaubwürdig.

II.  
Der Antrag auf Hilfe ist hier am \_\_\_\_\_  aufgenommen worden.  eingegangen.  
Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfen vorliegen.  
Die einschlägigen Nachweise wurden – soweit sie nicht beiliegen – eingesehen.

III.  
Urschriftlich mit \_\_\_\_\_ Belegen  
an \_\_\_\_\_

weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:  
(soweit Angaben im Antrag der Ergänzung oder Erklärung bedürfen, z. B. aus Kenntnis der privaten oder wirtschaftlichen  
Verhältnisse des/der HS, bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Stempel, Unterschrift

\*\*\*\*\*

**Bestätigung der Meldebehörde:**

Der/Die im Sozialhilfeantrag aufgeführte(n) Antragsteller/in ist/sind unter der genannten Adresse mit **Erst-  
wohnsitz** gemeldet und hält/halten sich hier auf:

alle Personen seit \_\_\_\_\_

davon abweichend folgende Personen:

Person Nr. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Person Nr. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Für folgende Person/en bestehen darüber hinaus weitere Zweitwohnsitze:

Person Nr. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Person Nr. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Person Nr. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Folgende weitere Person(en) ist/sind unter der im Sozialhilfeantrag genannten Adresse gemeldet  
oder hält/halten sich hier auf:

Name, Vorname seit Name, Vorname seit  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort

Datum

- 19 -

Stempel, Unterschrift