

**Hinweis:**  
Um sachgerecht über Ihren Anspruch auf Sozialhilfeleistungen nach SGB XII entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Vordruck sorgfältig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Vordruck auf Seite 5 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen.

Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers  <b>Antragstellende Person 1</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers  <b>Antragstellende Person 2:</b> <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner
Name, Vorname		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Familienstand	seit	seit
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (Nachweis in Kopie beifügen)		
Betreuer/ Betreuerin: Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
(Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)		

**2. Mehrbedarf** (Bitte Kopie des SB-Ausweises beifügen)

Schwerbehinderten-ausweis	gültig bis:	Merkzeichen (G, aG?):	gültig bis:	Merkzeichen (G, aG?):
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Teilnahme am Mittagessen in einer WfbM	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in einem vergleichbaren Angebot tätig sind:  Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (                      Arbeitstage pro Woche)		Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in einem vergleichbaren Angebot tätig sind:  Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (                      Arbeitstage pro Woche)	

**3. Kranken- / Pflegeversicherung** (Bitte Nachweise beifügen!)

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?				
Bitte Krankenkasse und Versicherungs-Nr. angeben	<b>Krankenversicherung</b>	<b>Pflegeversicherung</b>	<b>Krankenversicherung</b>	<b>Pflegeversicherung</b>
	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert

**4. Einkommen (Bitte aktuelle Einkommensnachweise beifügen!**  
(z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

Art des Einkommens	1. Person				2. Person			
			Monatlicher Betrag in Euro				Monatlicher Betrag in Euro	
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Arbeitsentgelt aus Tätigkeit in einer WfbM/ vergleichbarem Angebot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Witwenrente bzw. Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (zusätzlich beizufügen: Erstrentenbescheid)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Unterhaltshilfe/ Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Werks- / Zusatz-/ Privatrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Sonder- / Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Mieteinnahmen / Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Steuererstattung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Weitere privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Andere Sozialhilfeleistungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Sonstiges Einkommen:	<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		

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

<b>Keine absetzbaren Beiträge</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ausgaben	Art der Ausgabe	Monatlicher Betrag in Euro	Art der Ausgabe	Monatlicher Betrag in Euro
Absetzbare Ausgaben:				
Hierzu gehören z. B. Beiträge für Altersvorsorge, Sterbeversicherung, Haftpflichtversicherung				

**6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen von Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin** (Bitte Nachweise beifügen!)

Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
			Betrag in Euro	
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw. - Auszüge 10 Jahre rückwirkend)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wurde ein Sparguthaben in den letzten 10 Jahren aufgelöst? (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> nein
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge (Anlageform angeben)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lebensversicherung/ Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> nein
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> nein
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige Forderungen: Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges Vermögen: (hochwertige Wertgegenstände z. B. Kfz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja



**10. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:**

**10.1 Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an**

IBAN, Name und Sitz des Geldinstituts:
Name und Vorname des Kontoinhabers:

**10.2 Sie haben ferner die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen eine Direktzahlung an Dritte zu beantragen. Dies kann hilfreich sein, um vertragliche Verpflichtungen rechtzeitig zu erfüllen wie z. B. Zahlungen für Unterkunftskosten. Hierfür sind eine zusätzliche Erklärung und weitere Angaben erforderlich.**

**E r k l ä r u n g**

Hiermit beantrage ich ab dem 01.01.2020 Sozialhilfeleistungen nach SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen).

Den Vordruck zur Überprüfung meines Anspruchs auf Sozialhilfeleistung nach SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil mir eine entsprechende Vollmacht erteilt wurde. Ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).

Ich bevollmächtige folgende Person zum Empfang von Sozialhilfebescheiden:

(Vorname, Name, Anschrift)

---



---

Datum
-------

1. Person	Unterschrift
-----------	--------------

Datum
-------

2. Person	Unterschrift
-----------	--------------

**Hinweise**  
**zum Antrag auf Sozialhilfeleistungen nach SGB XII**  
**(Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen)**

Seite 6

**Allgemeines:**

Das Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) vom 27.12.2003 (BGBl I S. 3022 ff.) gilt ab 01.01.2005. Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. der Grundsicherung stehen nur dann zu, wenn das Einkommen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken und auch Vermögen nicht einzusetzen ist. Wenn die antragsberechtigte Person mit einem Ehegatten oder einem Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft zusammen lebt, so wird auch dessen Einkommen und Vermögen berücksichtigt.

Darüber hinaus kann die Unterhaltungspflicht des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten, von Eltern und Kindern eine Rolle spielen.

**Zu 1.: Persönliche Verhältnisse (Antragsseite 1)**

Eine *eheähnliche Gemeinschaft* besteht zwischen zusammen lebenden und wirtschaftenden Partnern unterschiedlichen Geschlechts, die füreinander einstehen und sich füreinander verantwortlich fühlen. Eingetragene Partnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes fallen nicht hierunter.

**Zu 3.: Kranken- / Pflegeversicherung (Antragsseite 1)**

Um die tatsächlich gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge dem Bedarf zurechnen zu können, sind die unter 3 gestellten Fragen zu beantworten.

**Zu 4.: Einkommen (Antragsseite 2)**

Sozialhilfeleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens. Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert. Soweit eine spezielle Einkommensart im Vordruck nicht aufgeführt sein sollte, ist dieses Einkommen unter „Sonstiges Einkommen“ anzugeben.

**Zu 5.: Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Antragsseite 2)**

Ihr anzurechnendes Einkommen verringert sich u.a. durch gezahlte Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen. Diese werden nur abgesetzt, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Werbungskosten werden abgesetzt, soweit sie zur Erzielung des Einkommens notwendig sind.

**Zu 6.: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Antragsseite 3)**

Zum Vermögen gehört das gesamte verwertbare Vermögen. Daher ist zunächst jeder Vermögenswert anzugeben. Bestimmte Vermögenswerte müssen aber nicht eingesetzt werden, z. B.

- Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für den Hilfesuchenden oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde,
- unter bestimmten Voraussetzungen ein angemessenes Hausgrundstück
- kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte; dabei ist eine besondere Notlage des Hilfesuchenden zu berücksichtigen

**Zu 7.: Vermögensübertragungen (Antragsseite 4)**

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewertung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.

**Zu 9.: Kosten der Unterkunft (Antragsseite 4)**

Zur bedarfsorientierten Sozialhilfeleistung gehören auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft inkl. Heizung. Ohne Beantwortung dieser Fragen ist keine Bedarfsbemessung möglich.

Anlage zum Antrag auf Sozialhilfe:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

**Erklärung:**

Mir/Uns ist bekannt, dass Sozialhilfe vom Einsatz des eigenen Einkommens und Vermögens abhängig sind und ich/wir verpflichtet bin/sind, das gesamte Einkommen und Vermögen anzugeben.

Ich/Wir verfügen über folgendes Vermögen:

nein: ja: Wert:

	nein:	ja:	Wert:
1. Barvermögen in Höhe von			
2. Guthaben auf dem Barbetragkonto im Heim			
3. Sparguthaben bei der Bank/Sparkasse  Kto.-Nr.  Kto.-Nr.			
4. Guthaben auf Sparvertrag/Festgeldkonto			
5. Guthaben auf dem Girokonto bei der Bank/Sparkasse  Kto.-Nr.  Kto.-Nr.			
6. Hauseigentum gelegen in			
7. Sonst. Grundbesitz gelegen in			
8. Aktien, sonst. Wertpapiere u. Forderungen wo bzw. gegen wen			

nein ja Wert:

9. <b>Andere Vermögenswerte</b> (Gold, Schmuck, Edelsteine) versichert bei			
10. <b>Lebens-/Sterbeversicherungen</b> bei:			
11. <b>PKW</b> amtl. Kennz.:			
12. <b>Ansprüche aus Übergabeverträgen</b> (Altenteile, Wohnrecht, Hege und Pflege):			
13. In den letzten 10 Jahren habe/n ich/wir folgende <b>Vermögenswerte übertragen</b> an:			

Die entsprechenden Nachweise bzw. Unterlagen sind beigelegt.

Das Sozialamt hat auf meine/unsere Mitwirkungspflicht bei der Feststellung sozialhilferechtlicher Hilfebedürftigkeit unter Bezugnahme auf § 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil- hingewiesen. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben die Einleitung eines Strafverfahrens (§ 263 Strafgesetzbuch) nach sich ziehen können.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Erklärenden)