



# Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

(Sozialhilfe-Grundantrag)

Antragsdatum: \_\_\_\_\_

Bekanntgabe am: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Ich  Wir beantrage/n:  Hilfe zum Lebensunterhalt

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Zuschuss zu den Bestattungskosten  \_\_\_\_\_

Die Leistungen werden benötigt ab dem: \_\_\_\_\_ (Datum, nur bei Anträgen auf laufende Geldleistungen)

## 1. Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personenkreisen

	01 Hilfesuchender (HS) <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Alleinstehend	02 <input type="checkbox"/> nicht getr. lebend. Ehegatte <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Vater (bei unverheiratetem minderjährigen Kind)	03 <input type="checkbox"/> Mutter (bei unverheiratetem minderjährigen Kind)
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
geb./verw./geschiedene			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Staatsangehörigkeit			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)			
Telefon			
Spätaussiedler?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
erlernter Beruf			
z. Z. bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit			
letzter Arbeitgeber: (bei Schülern Ausbildungsstätte / Schule)			
Gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname			
Anschrift			
Aufgabenkreis/e			
Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad ____
Schwerbehindertenausweis? (bitte vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja, MdE ____ v. H. Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja, MdE ____ v. H. Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja, MdE ____ v. H. Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB IX:	Wird Eingliederungshilfe nach dem SGB IX gewährt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	Wird Eingliederungshilfe nach dem SGB IX gewährt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	Wird Eingliederungshilfe nach dem SGB IX gewährt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt

## 2. Angehörige und sonstige Personen im Haushalt des Hilfesuchenden (HS) bzw. des Haushaltsvorstandes (HV)

Nr.	Name, Vorname	geb. am	Stellung zum HS/HV	Fam.-Stand	Geschlecht	erwerbstätig
04					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
05					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
06					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
07					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
08					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
09					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 2.1 Minderjährige Kinder außerhalb des Haushalts ja nein

Name, Vorname	geb. am	Geburtsort	Anschrift

<b>3.</b>	<b>Unterhaltsansprüche</b> (hier sind getrennt lebender oder geschiedener Ehegatte sowie ggf. Kinder und Eltern anzugeben)			
<b>gegenüber Eltern und/oder Kindern</b>				
Verfügt eines Ihrer Kinder oder ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (falls ja, bitte nachstehend die Personendaten und Anschrift/en eintragen)				
Name, Vorname		Geb.-Datum	Stellung zum HS	
			Pers. Nr.	Verhältnis
<b>gegenüber dem getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten</b> (bitte nachstehend Personendaten und Anschrift eintragen)				
Name, Vorname		Geb.-Datum	Stellung zum HS	
			Pers. Nr.	Verhältnis
<b>3.1</b>	<b>Zusatzangaben zum getrennt lebenden o. geschiedenen Ehegatten</b> (Nachweise sind vorzulegen: Urteile, Schriftverkehr etc.)			
getrennt lebend seit: _____ Eheschließung am: _____				
<input type="checkbox"/> mit der Unterhaltsangelegenheit beauftragter Anwalt				
<input type="checkbox"/> ein Anwalt wurde nicht mit der Angelegenheit betraut, weil _____				
<input type="checkbox"/> einstweilige Anordnung wurde beantragt am _____				
geschieden durch Urteil des _____ vom _____ rechtskräftig seit _____ Geschäftsz.: _____				
<input type="checkbox"/> Unterhaltsurteil <input type="checkbox"/> Unterhaltsverzicht vom _____				
<b>3.2</b>	<b>Wurden Ansprüche nach § 1615I BGB gegenüber dem anderen Elternteil geltend gemacht?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Unterhaltsanspruch von Mutter oder Vater gegen den anderen Elternteil aus Anlass der Geburt eines Kindes)			
<b>4.</b>	<b>Aufenthaltsverhältnisse im letzten Jahr</b> (§ 106 ff. SGB XII beachten!)			
	vom bis	vollständige Anschrift		Grund des Wechsels
				Wurde am letzten Wohnort Sozialhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				Zuletzt zuständiges Sozialamt (Bezeichnung, Anschrift):
<b>4.1</b>	<b>Letzte Aufenthaltsorte vor stationärer Unterbringung, bei besonderer Wohnform oder Ambulant Betreutem Wohnen:</b>			
	von	bis	Wohnadresse oder Name und Adresse der stationären Einrichtung	
<b>5.</b>	<b>Grenzübertritt aus dem Ausland</b> (§§ 23 und 108 SGB XII beachten!)			
<b>Nur für Person/en mit ausländischer Staatsangehörigkeit:</b>			<b>Deutsche und ausländische Person/en:</b>	
Zweck des Aufenthalts: <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbständige Beschäftigung			Tag der Einreise: _____	
<input type="checkbox"/> Arbeitssuche <input type="checkbox"/> Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> Wirtschaftliche Gründe <input type="checkbox"/> Student/in			Einreise aus (Land): _____	
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Empfänger/in oder Erbringer/in von Dienstleistungen			Personenkreis gem. § 108 Abs. 5 SGB XII? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht <input type="checkbox"/> Asyl <input type="checkbox"/> Sonstiger Zweck: _____			Ist ein Familienmitglied bereits früher aus dem Ausland gekommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Freizügigkeitsberechtigt (FreizügG EU)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Name, Vorname: _____	
Sonstige Anmerkungen, Erläuterungen:			Anschrift: _____	
<b>6.</b>	<b>Weitere Angaben zu Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit</b>			
	Person	Staatsangehörigkeit	ausländerrechtlicher Status	Art des Aufenthaltstitels



<b>8.3</b>	<b>Ansprüche nach dem SGB II (Jobcenter) oder dem SGB III (Agentur für Arbeit)</b>			
Bestehen evtl. Ansprüche auf Leistungen nach SGB II oder SGB III (Alg I / Alg II / UHG / BAB / InsG)?				
Pers. Nr.	ja	Art	nein	Grund
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>8.4</b>	<b>Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz</b>			
Kriegsbeschädigung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pers. _____ MdE _____ v. H.				
Ist der Ehegatte oder ein Elternteil im Krieg gefallen oder an Schädigungsfolgen gestorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____				
Sonstige Berechtigte _____ MdE _____ v. H.				
<b>8.5</b>	<b>Ansprüche nach dem Conterganstiftungsgesetz?</b>			
Werden Leistungen nach dem ContStiftG gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____ (Art und Höhe)				
<b>8.6</b>	<b>Sonstige Ansprüche</b> (z. B. aus Vertrag, Unfall, Versorgungsausgleich, Versicherungen...)			
<b>8.7</b>	<b>Bedarfsdeckung durch Haushaltsangehörige</b> (nur bei Anträgen auf Hilfe zum Lebensunterhalt)			
<input type="checkbox"/> Entfällt, da <u>keine</u> Hilfe zum Lebensunterhalt beantragt wird. (weiter bei Nr. 9)				
Gibt es Haushaltsangehörige (siehe Nr. 2), die selbst <u>nicht</u> bedürftig sind, also unabhängig von Sozialhilfe ihren Lebensunterhalt bestreiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Falls ja, bitte Personen-Nummer/n hier angeben (siehe Aufstellung unter Nr. 2 des Antrages): Pers. Nr. _____				
<small><u>Hinweis:</u> Trifft dies zu, so wird stets gesetzlich vermutet, dass alle Haushaltsangehörigen gemeinsam wirtschaften und dass der/den um Sozialhilfe nachfragende/n Person/en von dem/den nicht bedürftigen Haushaltsangehörigen Leistungen zum Lebensunterhalt gewährt werden (z.B. freie Unterkunft, Beköstigung, Kleidung, evtl. Geldleistungen usw.), soweit dies unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erwartet werden kann (§ 39 SGB XII). Wird diese so genannte „Vermutung der Bedarfsdeckung“ aufgestellt, gilt sie, solange und soweit sie nicht glaubhaft widerlegt worden ist.</small>				
Bitte beantworten Sie in dem Zusammenhang folgende Fragen:				
Findet in Ihrem Haushalt ein gemeinsames Wirtschaften im vorstehend beschriebenen Sinne statt?				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Falls nein, beschreiben Sie bitte, wie sich die Haushaltssituation tatsächlich darstellt:				
Erhalten Sie oder andere Personen, für die hier Hilfe beantragt wird, von nichtbedürftigen Haushaltsangehörigen Leistungen zum Lebensunterhalt in dem vorstehend beschriebenen Sinne (Sachleistungen oder Geldleistungen)?				
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Erläuterungen:				
Für weitere Erläuterungen können Sie ggf. auch die Antragsbegründung nutzen.				

Bitte beachten Sie auf den Folgeseiten, dass **jegliches Einkommen und Vermögen** im Antrag anzugeben ist. Auch solches, von dem Sie möglicherweise annehmen, dass es in der Sozialhilfe aufgrund von Schutzvorschriften anrechnungsfrei bleibt. Nicht anrechenbares Einkommen und geschütztes Vermögen müssen Sie selbstverständlich nicht für Ihren Lebensunterhalt einsetzen, aber gleichwohl auch im Antrag **angeben**.

<b>9.</b>	<b>Einkommen im In- und Ausland</b> (Bitte Monatsbeträge eintragen und aktuelle Nachweise / Belege beifügen.)						
<b>9.1</b>	<b>Der/Die Hilfesuchende/n verfügen über folgendes Einkommen:</b> (Bitte unten die entsprechenden Kennziffern beachten.)						
	1.	Nettoerwerbseinkommen aus nichtselbst. Tätigkeit	13.3	Entschädigungsrente			
	2.	Nebeneinkünfte	<b>14.</b>	<b>Leistungen nach dem SGB III oder SGB II</b>			
	3.	Steuererstattung	14.1	Arbeitslosengeld			
	4.	Weihnachtsgeld	14.2	Arbeitslosengeld II			
	5.	Urlaubsgeld	14.3	Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)			
	6.	WfbM-Arbeitslohn oder Ausbildungsgeld	14.4	Sonstiges			
	7.	Eingliederungshilfe nach dem SGB IX	<b>15.</b>	<b>Leistungen der Krankenkasse / Pflegekasse</b>			
	8.	Erträge aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen)	15.1	Krankengeld			
	9.	Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung)	15.2	Übergangsgeld			
			15.3	Pflegegeld SGB XI			
	10.	Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	15.4	_____			
	<b>11.</b>	<b>Renten (auch ausländische Renteneinkünfte)</b>	16.	Leistungen aufgrund Übertragsvertrag (siehe entsprechender Vertrag)			
	11.1	Erwerbsminderungsrente auf Zeit					
	11.2	Erwerbsminderungsrente unbefristet	17.	Freiwillige Zuwendungen von Dritten			
	11.3	Altersrente	18.	Unterhaltsbeiträge nach BGB			
	11.4	Unfallrente	19.	Sachbezüge (z.B. freie Verpflegung)			
	11.5	Witwerrente	20.	Leistungen nach dem BAföG			
	11.6	Witwenrente	21.	Leistungen nach dem UBG-NW			
	11.7	Waisenrente	22.	Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)			
	11.8	Kinderzuschuss/-zulage zu 11.1 – 11.4	23.	Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz (USG)			
	11.9	Pflegegeld zu 11.4	24.	Kindergeld			
	11.10	Betriebsrente / Zusatzrente	25.	Kinderzuschlag			
	11.11	Ausländische Rente	26.	Elterngeld			
	11.12	sonstige Renten/Pensionen	<b>27.</b>	<b>Sonstige Einkommen</b>			
	<b>12.</b>	<b>Leistungen nach d. Bundesversorgungsgesetz</b>	27.1	_____			
	12.1	Grundrente	27.2	_____			
	12.2	sonstige (ggf. erläutern)	27.3	_____			
	<b>13.</b>	<b>Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz</b>	28.	Hilfe für hochgradig Sehschwache		(auch nicht anrechenbare Einkünfte bitte unbedingt angeben!)	
	13.1	Unterhaltshilfe	29	Landesblindengeld			
	13.2	Pflegegeld	30.	Pflegegeld nach dem SGB XII			
	Person Nr.	Einkommen lt. o. a. Ziffer	Zahlstelle	Betrag	Einkommen lt. o. a. Ziffer	Zahlstelle	Betrag
				€			€
				€			€
				€			€
				€			€
				€			€
				€			€
				€			€
				€			€
<b>9.2</b>	<input type="checkbox"/> Der/Die Antragsteller verfügen über kein Einkommen						
<b>9.3</b>	Folgende Einkünfte <input type="checkbox"/> sind beantragt: <input type="checkbox"/> werden beantragt:						
	Person Nr.	Art und Datum			Art und Datum		

**10. Bereinigung des Einkommens/Versicherungen**  
 (Bitte Monatsbeträge angeben. Die Belastungen sind durch Vorlage von Policen, Bescheinigungen, Rechnungen etc. zu belegen.)

		Regelmäßige Aufwendungen für:	Pers.-Nr.: _____	Pers.-Nr.: _____	Pers.-Nr.: _____
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Versicherungsbeiträge Hausratversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kranken- / Pflegeversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	freiwillige Rentenversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kfz-Versicherung (Haftpflicht)			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Privathaftpflichtversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sterbegeldversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Unfallversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Arbeitsmittel (werden bei Erwerbstätigen pauschal berücksichtigt und müssen daher nur angegeben werden, wenn die Pauschalbeträge überschritten werden)	Erläuterung:	Erläuterung:	Erläuterung:
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Mehraufwand doppelte Haushaltsführung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Fahrtkosten zur Arbeitsstelle			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	öffentl. Verkehrsmittel (Fahrkarte)	km	km	km
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Motorrad	km	km	km
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Gewerkschaftsbeitrag			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sonstiges			
<b>Sonstige laufende Belastungen</b> (Vermögensprüfung!)					
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ausbildungsversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bausparvertrag			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Investmentsparen			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sonstiger Sparvertrag			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kapitallebensversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Risikolebensversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bestattungsvorsorgevertrag			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Krankenhaustagegeldversicherung			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kfz-Steuer/Betrag			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kfz-(Voll-/Teil-)Kasko			
<b>Freibetrag für zusätzliche Altersvorsorge (§ 82 Abs. 4 SGB XII)</b> (nur bei Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)					
Kann ein Freibetrag gemäß § 82 Abs. 4 SGB XII für Einkommen aus <b>zusätzlicher Altersvorsorge</b> beansprucht werden?  Im Zweifel fragen Sie bitte beim Sozialamt nach. Dort berät man Sie gerne. In jedem Falle erfolgt eine abschließende Prüfung durch das Sozialamt, sofern Sie „ja“ oder „möglichweise“ ankreuzen.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise

**11. Vermögen der unter 1 und 2 genannten Personen (im In- und Ausland)**  
(Die näheren Einzelheiten wie Vermögensinhaber, Wert, Kontostand, Kontobewegungen usw., sind jeweils zu belegen)

**Bitte beachten Sie:**

In der Regel ist die „Vermögenserklärung“ (Anlage V) diesem Grundantrag beizufügen. Soweit Sie keine anderslautenden Informationen von Ihrem zuständigen Sozialamt erhalten haben, ist die Anlage V zu diesem Antrag mit einzureichen. Dann entfällt allerdings die Beantwortung der weiteren Fragen auf dieser Seite.

**Kennzeichnen Sie bitte:**

Die Vermögenserklärung (Anlage V) wird diesem Antrag

beigefügt. (Bitte weiter auf Seite 8.)

nicht beigefügt. (Bitte die nachstehenden Fragen beantworten. Auch vermeintlich geschütztes Vermögen bitte unbedingt angeben!)

	Vermögen (auch Vermögen im Ausland ist anzugeben!)	Personen / Erläuterungen / Wertangaben in Euro (Bitte erläutern und belegen Sie alle Vermögenswerte.)
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wohnhaus oder sonstige Immobilie (bitte erläutern, z. B. Anschrift, Größe, Wert)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Grundbesitz (Anschrift, Größe, Wert)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Haus- und/oder Grundbesitz wurde übertragen. Was, wann, an wen (Vertrag)?	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sparguthaben / Festgelder / Wertpapiere	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bausparvertrag (aktueller Kontostand)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Lebensversicherung (Rückkaufwert) oder Sterbegeldversicherung	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mietkaution beim Vermieter hinterlegt oder auf ein Treuhandkonto eingezahlt? (Höhe?)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Erbansprüche (welche?)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Forderungen (welche?)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Fahrzeuge (Lkw, Pkw, Motorrad, Wohnwagen, Wohnmobil etc.)? Typ, Baujahr, Verkehrswert?	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Zum Straßenverkehr zugelassen? (wenn ja, behördliches Kennzeichen?)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sicherheitsübereignet (wenn ja: wem?)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sonstiges Sachvermögen, z.B. Schmuck, Edelmetalle, wertvolle Tiere, andere Wertgegenstände	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bestattungsvorsorgevertrag (Höhe in Euro, Datum des Abschlusses)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sonstiges Vermögen? (bitte erläutern)	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Geldvermögen oder bewegliche Vermögensgegenstände wurden in den letzten 10 Jahren übertragen bzw. verschenkt (was, wann, an wen?)	

Bitte belegen Sie alle Angaben durch aktuelle, aussagefähige Nachweise, z.B. Kontoauszüge, Wertbestätigungen von Versicherungen, ggf. Wertgutachten, Kaufverträge oder andere geeignete Dokumente.

12	<p><b>Haben Sie regelmäßig besondere Bedarfe, die wesentlich von der Bedarfssituation anderer Menschen abweichen?</b>  Z. B. wegen Schwerbehinderung oder Pflegebedürftigkeit, wegen Alleinerziehung, aufgrund einer Schwangerschaft, wegen medizinisch notwendiger Krankenkost, wegen entgeltpflichtiger Teilnahme an einer gemeinsamen Mittagsverpflegung oder aufgrund anderer besonderer Umstände? Bitte beschreiben Sie kurz, welche besonderen Bedarfe bestehen. Möglichst bitte Nachweise beifügen.</p>
13.	<p><b>Persönliche Situation / Lebenssachverhalt und Begründung der Antragstellung</b>  Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre persönliche und wirtschaftliche Situation durch Beantwortung der folgenden Fragen.</p>
13.1	<p><b>Folgende Maßnahmen wurden von den Antragstellern zur Vermeidung der Sozialhilfebedürftigkeit ergriffen:</b>  (z. B. private Unterstützung, vorrangige Sozialleistungen, Umschulung, Darlehensaufnahme etc.)</p>
13.2	<p><b>Mit einer Änderung der persönlichen/wirtschaftlichen Verhältnisse ist in absehbarer Zeit zu rechnen:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Wenn ja, bitte die zu erwartenden Änderungen kurz erläutern.</p>
13.3	<p><b>Ursache der Hilfebedürftigkeit (Antragsbegründung):</b>  Bei Anträgen auf Hilfe zum Lebensunterhalt bitte auch vermerken, wie in der Vergangenheit der Lebensunterhalt sichergestellt wurde und welche Selbsthilfemöglichkeiten beabsichtigt sind, um zukünftig evtl. wieder unabhängig von der Sozialhilfe zu leben.</p>
13.4	<p><b>Nachrangprinzip der Sozialhilfe: Spezielle Fragen bei kurzzeitigen oder einmaligen Bedarfen</b>  Nur auszufüllen, wenn der geltende gemachte Bedarf nur für einen kurzen Zeitraum besteht oder wenn lediglich eine einmalige Leistung beantragt wird (z.B. Einrichtungszuschuss, Zuschuss zu Bestattungskosten, Überbrückungsdarlehen oder ähnliches).</p>
<p>Haben Sie die Möglichkeit, mit dem Gläubiger der Forderung eine Stundung oder Ratenzahlung zu vereinbaren?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____</p> <p>Haben Sie die Möglichkeit, ein Bankdarlehen oder ggf. einen privaten Kredit von Verwandten / Angehörigen zu erhalten?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____</p>	

Eventuell zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:	
Bankinstitut _____ BIC _____ IBAN _____	
Handelt es sich bei diesem Konto um ein Pfändungsschutzkonto? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kontoinhaber/in (Name, Vorname) _____	(falls abweichend von Antragsteller/in)
Sollen Zahlungen an Dritte erfolgen (z.B. Vertragspartner)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie nachstehend erläutert:	(zur Mietzahlung siehe Angaben unter Nr. 7.)

Bitte schauen Sie den Antrag noch einmal durch, bevor Sie ihn unterschreiben. Sind alle Fragen zutreffend beantwortet? Liegen alle notwendigen Belege vor? Beachten Sie bitte, dass fehlende oder unklare Angaben im Antrag die Bearbeitung verzögern können. Dasselbe gilt für nicht beigefügte Nachweise. Haben Sie vorab noch Fragen oder Beratungsbedarf? Wenn ja, sprechen Sie bitte die zuständigen Mitarbeiter/innen darauf an.

### Erklärung:

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Hilfe gewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Ich wurde wie folgt informiert: Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 1 - SGB I). Das Merkblatt zu den sozialhilferechtlichen Mitwirkungspflichten habe ich erhalten und gelesen. Sollten objektive Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit meiner Angaben bestehen und sich diese nicht ausräumen lassen, hat das Sozialamt ggf. Möglichkeiten, eigene Recherchen anzustellen, beispielsweise durch ein Kontenabrufersuchen beim Bundeszentralamt für Steuern oder durch Auskunftersuchen an andere Behörden oder Stellen. Für den Fall, dass ein Kontenabrufersuchen notwendig werden sollte, erteile ich dazu hiermit die Zustimmung im Sinne von § 93 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 Abgabenordnung (AO).

Ich habe diesen Antrag vollinhaltlich verstanden. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in meinen Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Ich wurde umfassend beraten. Weitere Fragen oder Unklarheiten bestehen derzeit nicht.

### Datenverarbeitung und Datenschutz:

Für den bestmöglichen Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat die Stadt Geseke alle denkbaren technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen. Die Stadt Geseke hält sich dabei strikt an die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die bundesgesetzlichen Regelungen zum Datenschutz (z.B. im Sozialgesetzbuch, 10. Buch) sowie die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Alle Informationen der Stadt Geseke im Sinne der Artikel 13 und 14 der DS-GVO zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Sozialhilfe finden Sie in dem Vordruck „Sozialhilfe: Hinweise zum Datenschutz“, den wir Ihnen auf [www.geseke.de](http://www.geseke.de) in der Sammlung der Sozialhilfeformulare zum Download zur Verfügung stellen. Gerne händigen wir Ihnen dieses Informationsblatt auch persönlich aus. Mit der Unterzeichnung dieses Antrages bestätigen Sie, dass Sie die Informationen der Stadt Geseke zur Erhebung und Verarbeitung persönlicher Daten im Rahmen der Sozialhilfe gelesen haben und dass Sie der Datenerhebung und -verarbeitung zustimmen.



Aufgenommen durch:

Antragsteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in oder Bevollmächtigte/r	Ehegatte / Partner	

**Hinweis:** Wird der Antrag durch eine/n Betreuer/in gestellt, ist die Vorlage der Betreuerurkunde erforderlich. Bei Antragstellung durch eine/n Bevollmächtigte/n wird um Vorlage der schriftlichen Vollmacht gebeten.