Kommune: Stadt Bargteheide FB 3 Fachdienst 3.2 Soziales Rathausstr. 26 22941 Bargteheide	Sachbearbeiter*in:		ausgegeben am: Kenntnis ab:	
	Aktenzeichen:		Eingangsstempel:	

Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

☐ **Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes**

☐ **Hilfe zum Lebensunterhalt**

☐ **Übernahme von Miet-/Stromrückständen**

☐ **Kostenübernahme Haushaltshilfe ohne Pflegegrad**

☐ **folgender zusätzlicher Bedarf: _____**

☐ **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

☐ **Übernahme von Miet-/Stromrückständen**

☐ **Kostenübernahme Haushaltshilfe ohne Pflegegrad**

☐ **folgender zusätzlicher Bedarf:_____**

☐ **Hilfe zur Pflege und ggf. Pflegewohngeld**

☐ **ambulant (in der Häuslichkeit)**
☐ Pflegegeld ☐ Pflegesachleistungen ☐ Haushaltshilfen

☐ **Hilfe bei Krankheit in Form einer Betreuung nach § 264 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**

☐ **Hilfe in anderen Lebenslagen**

☐ Bestattungskosten (Bitte zusätzlich „Anlagen Bestattungskosten" ausfüllen)
☐ Blindenhilfe
☐ Hilfe in sonstigen Lebenslagen

für: _____
Name der antragstellenden Person

Begründung des Antrages, Ursache der Notlage

Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihnen vor? Welche Hilfe benötigen Sie?

_____

_____

_____

_____

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragebögen vollständig aus. Kreuzen Sie dafür die passenden Kästchen an und füllen Sie alle Felder aus. **Auf Ihre Situation unpassende Felder sind durch Streichungen zu kennzeichnen**. Wenn Sie mehr Platz brauchen, legen Sie bitte ein weiteres Blatt bei. Bitte alle Angaben durch Nachweise belegen. Am Ende des Antrages gibt es ein Merkblatt. Dort steht, warum wir nach Ihren Daten fragen dürfen.

Sollte das Antragsverfahren für die antragstellende Person durch eine*n Betreuer*in oder eine*n Bevollmächtigte*n durchgeführt werden, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen auf dieser Seite:

Angaben zur Betreuung oder Bevollmächtigung	
Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet oder eine bevollmächtigte Person bestimmt? (Bitte Nachweis beifügen)	☐ ja ☐ nein
Name Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Straße, Hausnummer Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Postleitzahl, Ort Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Telefon Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
E-Mail Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Soll das Verwaltungsverfahren ausschließlich durch die/den Betreuer*in oder die*den Bevollmächtigte*r geführt werden?	☐ ja (bitte Ausschließlichkeitserklärung beifügen) ☐ nein

Alle nun folgenden Fragen beziehen sich auf die Person, die Sozialhilfeleistungen benötigt und (sofern vorhanden) deren Partner*in

1. Ihre persönlichen allgemeinen Angaben		
	Antragsteller*in	**Partner*in**
Anrede Titel	☐ keine Angabe ☐ Herr ☐ Frau	☐ keine Angabe ☐ Herr ☐ Frau
Nachname		
Ggf. Geburtsname		
Vornamen		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Anschrift: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Adresszusatz (ggf. bei wem?)		
E-Mail		
Telefon und/oder Mobiltelefon		
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ geschieden	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ geschieden
a) Seit wann		
b) Wenn geschieden: Gericht Datum und Aktenzeichen		
c) Unterhaltsregelung getroffen?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Staatsangehörigkeit:	☐ deutsch ☐ sonstige und zwar _____	☐ deutsch ☐ sonstige und zwar _____
Einreisedatum		
Aufenthaltsstatus (bitte Nachweis beifügen)	unbefristet ☐ befristet bis:	unbefristet ☐ befristet bis:
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit		
Liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor? (Bitte Nachweis beifügen)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

	Antragsteller*in	**Partner*in**
Erwerbsunfähigkeit festgestellt durch:		
Erwerbsunfähigkeit befristet?	☐ ja, bis ☐ nein (dauerhaft)	☐ ja, bis ☐ nein (dauerhaft)
Haben Sie früher **Sozialhilfe** erhalten bzw. erhalten Sie Sozialhilfe?	☐ aktuell ☐ früher ☐ nein	☐ aktuell ☐ früher ☐ nein
Sozialhilfe erhalten	von bis	von bis
Wer hat die Sozialhilfe gezahlt?		
Haben Sie früher **Eingliederungshilfe** erhalten bzw. erhalten Sie Eingliederungshilfe?	☐ aktuell ☐ früher ☐ nein	☐ aktuell ☐ früher ☐ nein
Eingliederungshilfe erhalten	von bis	von bis
Träger der Eingliederungshilfe war bzw. ist?		
Haben Sie früher Leistungen von der **Bundesagentur für Arbeit (Arbeitsamt)** oder **Jobcenter** erhalten bzw. erhalten Sie entsprechende Leistungen?	☐ aktuell ☐ früher ☐ nein	☐ aktuell ☐ früher ☐ nein
Leistungen erhalten	von bis	von bis
Wer hat die Leistungen gezahlt?		
Wurde ein **Rentenantrag** gestellt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Rentenantrag gestellt am		
Rente ist bereits bewilligt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Sozialversicherungsnummer		
Steueridentifikationsnummer		
Sind Sie in den letzten 5 Jahren einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen oder haben Sie freiwillig Rentenversicherungsbeiträge gezahlt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Sind Sie im Ausland einer Erwerbstätigkeit nachgegangen?	☐ ja (bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) ☐ nein	☐ ja (bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) ☐ nein

Wovon haben Sie in den letzten drei Jahren Ihren Lebensunterhalt bestritten?		
Seit wann leben Sie unter der jetzigen Anschrift?		
Wo haben Sie vorher gewohnt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)?		
Zuzug aus einer stationären Einrichtung/besonderen Wohnform/Pflegeheim?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wo haben Sie vor dem erstmaligen Einzug in eine besondere Wohnform/stationäre Einrichtung/Pflegeheim gewohnt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)?		
Benötigen Sie Pflege?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Pflegegrad (Bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) beifügen):	☐ keinen Pflegegrad ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5	☐ keinen Pflegegrad ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
Resultiert eine ggf. vorliegende Gesundheitsstörung aus einem Unfall, Impfschaden, einer Gewalttat oder ähnlichem Ereignis?	☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt	☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt
Glaubt die antragstellende Person oder einer der Haushaltsangehörigen weitere noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben. Wenn ja: aus welchem Grund?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen: Zeitraum der Ausbildung: Beschäftigung ab: Unterbrechungszeitraum von … bis …. Grund der Unterbrechung	☐ nein ☐ ja bis	☐ nein ☐ ja bis

2. Angaben zur Feststellung Ihres finanziellen Bedarfes

Angaben zu den Kosten der Unterkunft

Wie wohnen Sie (bei stationärer Hilfe zur Pflege bitte Wohnverhältnisse vor Ihrer Heimaufnahme angeben oder die aktuellen Wohnverhältnisse von dem*der Partner*in, wenn Sie in einer Partnerschaft leben)?

☐ in einer besonderen Wohnform (früher stationäre Einrichtung)
☐ Mietwohnung
☐ zur Untermiete
☐ mietfrei
☐ eigenes Haus/Eigentumswohnung **(bitte Anlage 2 „Immobilien" ausfüllen)**
☐ sonstiges (bitte erläutern Sie Ihre Wohnsituation) _____

_____

Größe der Wohnung: qm, davon untervermietet: qm
Anzahl der Räume:
Baujahr:

Wieviel zahlen Sie für Ihre Wohnung?
Kosten (bitte Nachweise beifügen, z. B. Mietvertrag, Wohn- und Betreuungsvertrag):

Kaltmiete _____ € (**ohne** Heiz- und Betriebskosten, Garagenmiete u. a.)

Betriebskosten _____ € (z. B. Gas, Wasser, Grundsteuer, Müllgebühren usw.)

Heizkosten _____ €

Ich heize mit ☐ Gas ☐ Heizöl ☐ Fernwärme ☐ Strom ☐ Holz ☐ sonstiges

Pauschalmiete _____ €

Warmwasserversorgung erfolgt:

☐ zentral (über die Heizung)
☐ dezentral (über Boiler, Durchlauferhitzer)
Kosten für dezentrale Warmwasserbereitung _____ €

Bekommen Sie Wohngeld/Lastenzuschuss? ☐ nein ☐ ja (bitte Bewilligungsbescheid beifügen)

Zusatzfrage bei **Aus- und Umzügen:**
Begehren Sie im Zusammenhang mit Ihrer Antragstellung auch die Übernahme von Umzugs- und/oder Räumungskosten?

☐ nein ☐ ja

Bitte denke Sie daran, dass zur Übernahme von Umzugs- und Räumungskosten **drei Kostenvoranschläge** einzuholen und einzureichen sind. Außerdem ist die **vorherige Zustimmung des zuständigen Sozialhilfeträgers** notwendig, damit Kosten übernommen werden können.

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung	
Antragsteller*in	**Partner*in**
Name und Anschrift Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung:	Name und Anschrift Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung:
Versicherungsnummer: Monatsbeitrag: KV _____ € PV _____ €	Versicherungsnummer: Monatsbeitrag: KV _____ € PV _____ €
Ich bin ☐ pflichtversichert ☐ familienversichert über ☐ als Rentner*in versichert ☐ als Rentenantragsteller*in versichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ privatversichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ privat zusatzversichert ☐ nicht versichert Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.	**Mein*e Partner*in ist** ☐ pflichtversichert ☐ familienversichert über ☐ als Rentner*in versichert ☐ als Rentenantragsteller*in versichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ privatversichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ privat zusatzversichert ☐ nicht versichert Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.

Sofern Sie „**nicht versichert**" angekreuzt haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen:		
	Antragsteller*in	**Partner*in**
Lag bereits früher ein Krankenversicherungsverhältnis vor?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Haben Sie in der Vergangenheit eine Erwerbstätigkeit ausgeübt (auch im Ausland)?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Welche Bedarfe der Hilfen zur Gesundheit bestehen akut?		
Welche Krankenversicherung soll künftig Ihre Krankenbehandlung sicherstellen?		

Angaben zu Mehrbedarfen		
	Antragsteller*in	**Partner*in**
Schwerbehinderung liegt vor?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Schwerbehindertenausweis gültig bis:		
Grad der Behinderung: Merkzeichen (z. B. G, aG, Bl) **(bitte Nachweis beifügen):**	_____ % ☐G ☐aG ☐H ☐Bl ☐Gl ☐TBl ☐B ☐RF	_____ % ☐G ☐aG ☐H ☐Bl ☐Gl ☐TBl ☐B ☐RF
Haben Sie einen Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt?	☐ nein ☐ ja, am	☐ nein ☐ ja, am
Sind Sie schwanger? **(Wenn ja, bitte Mutterpass beifügen)**	☐ nein ☐ ja Vorauss. Entbindungstermin:	☐ nein ☐ ja Vorauss. Entbindungstermin:
Sind Sie alleinerziehend?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung? **(Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)**	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Nehmen Sie an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für behinderte Menschen o.ä. teil? (Bitte Bescheinigung beifügen)	☐ nein ☐ ja Wie viele Tage pro Woche?	☐ nein ☐ ja Wie viele Tage pro Woche?
Haben Sie Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte? (Bitte Nachweise beifügen)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Liegt ein einmaliger, unabweisbarer, besonderer Bedarf vor? Welcher?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

3. Ihre Einkommenserklärung (aktuelles Einkommen)

Bei steuerpflichtigem Einkommen ist immer der Steuerbescheid beizufügen.

Art des Einkommens (alle Angaben in Euro)		**Antragsteller*in**	**Partner*in**	**weitere Person(en) in der Wohnung**
nichtselbständiger Arbeit	☐ nein ☐ ja			
selbständige Arbeit	☐ nein ☐ ja			
Land- und Forstwirtschaft	☐ nein ☐ ja			
Vermietung und Verpachtung	☐ nein ☐ ja			
Kapitalvermögen	☐ nein ☐ ja			
Leistungen der Krankenkasse	☐ nein ☐ ja			
Leistungen der Pflegekasse	☐ nein ☐ ja			
Bürgergeld	☐ nein ☐ ja			
Arbeitslosengeld	☐ nein ☐ ja			
Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit	☐ nein ☐ ja			
Sozialhilfe/Wohngeld	☐ nein ☐ ja			
Kindergeld Kindergeld-Nr:	☐ nein ☐ ja			
Elterngeld	☐ nein ☐ ja			
Altersrente	☐ nein ☐ ja			
Hinterbliebenenrente	☐ nein ☐ ja			
Erwerbsunfähigkeitsrente	☐ nein ☐ ja			
Sonstige Renten/Pensionen (z.B. ausländische Renten)	☐ nein ☐ ja	1. Art Betrag 2. Art Betrag	1. Art Betrag 2. Art Betrag	1. Art Betrag 2. Art Betrag
33 Jahre Grundrentenzeiten erfüllt?	☐ nein ☐ ja	Nachweis anfügen	Nachweis anfügen	Nachweis anfügen
Grundrentenzuschlag	☐ nein ☐ ja	Nachweis anfügen	Nachweis anfügen	Nachweis anfügen

betriebl. Altersvorsorge	☐ nein ☐ ja			
Unterhalt	☐ nein ☐ ja			
BAföG-Leistungen , Unterhaltssicherung	☐ nein ☐ ja			
Baukindergeld, Steuererstattung	☐ nein ☐ ja			
Landesblindengeld, Blindenhilfe	☐ nein ☐ ja			
Vermögenswirksame Leistungen	☐ nein ☐ ja			
Sonstige Einkünfte (z. B. aus Altenteils-/Überlassungsverträgen, Leibrenten, Zuwendungen)	☐ nein ☐ ja			
Sonstiges	☐ nein ☐ ja			
Ist Einkommen gepfändet oder abgetreten?		☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Angaben zur Bereinigung Ihres Einkommens (nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist)			
Absetzbare Beträge aktuelles Jahr (alle Angaben in Euro)	**Antragsteller*in**	**Partner*in**	**weitere Person(en) in der Wohnung**
Sind absetzbare Beträge vorhanden?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Aufwendungen für Arbeitsmittel (Berufskleidung, Reinigung)	☐ nicht vorhanden	☐ nicht vorhanden	☐ nicht vorhanden
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte einfache Fahrtstrecke Beförderungsmittel	km	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden (Gewerkschaft, Sozialverband)	☐ nicht vorhanden	☐ nicht vorhanden	☐ nicht vorhanden
Hausratversicherung			
Haftpflichtversicherung			
Altersvorsorge Beitrag mtl. Art:			
sonst. Versicherung Art:			
sonstiges und besondere finanzielle Belastungen:			

4. Ihre Vermögenserklärung

Es sind alle Vermögenswerte im In- und Ausland anzugeben.

Art des Vermögens (alle Angaben in Euro)		**Antragsteller*in**	**Partner*in**
Bargeld	☐ nein ☐ ja		
Bank-/Girokonto	☐ nein ☐ ja	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____ 2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____ 2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____
Sparguthaben (z. B. Sparbuch, Festgeld- oder Tagesgeldkonto, Sparverträge)	☐ nein ☐ ja	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____ 2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____ 2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____
Altersvorsorgeverträge	☐ nein ☐ ja	bei _____ Wert: _____	bei _____ Wert: _____
Bausparverträge	☐ nein ☐ ja	bei _____ Wert: _____	bei _____ Wert: _____
Aktien/Pfandbriefe/sonst. Wertpapiere/Patentrechte	☐ nein ☐ ja	Art: _____ Wert: _____	Art: _____ Wert: _____
PayPal- und/oder Paydirekt-Konten, Tradingguthaben, Kryptowährung etc.	☐ nein ☐ ja	Art: _____ Wert: _____	Art: _____ Wert: _____
Lebens-/Sterbegeld-/Unfallversicherungen, Bestattungsvorsorge (Rückkaufswert)	☐ nein ☐ ja	1. bei _____ Wert: _____ 2. bei _____ Wert: _____ 3. bei _____ Wert: _____	1. bei _____ Wert: _____ 2. bei _____ Wert: _____ 3. bei _____ Wert: _____
Kraftfahrzeuge Marke/Typ, Erstzulassung Kilometerstand Wert	☐ nein ☐ ja	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Sachwerte (z. B. Schmuck, Münzen, Gemälde, Antiquitäten)	☐ nein ☐ ja	Art: _____ Wert: _____	Art: _____ Wert: _____
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art	☐ nein ☐ ja	Art: _____ Größe: _____qm Wohnfläche: _____qm Anzahl Wohneinheit.: _____ Verkaufswert:_____	Art: _____ Größe: _____qm Wohnfläche: _____qm Anzahl Wohneinheit.: _____ Verkaufswert:_____
Ansprüche gegen Dritte (z. B. Darlehen, Mietkaution, Genossenschaftsanteile, Ansprüche aus Kauf-/Überlassung- oder Altenteilverträgen)	☐ nein ☐ ja	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____
Erbschafts- und Pflichtteilsansprüche	☐ nein ☐ ja	Art: _____ Höhe: _____	Art: _____ Höhe: _____
sonst. Ansprüche (z. B. aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilverträgen, Wohn- oder Nießbrauchrechte)	☐ nein ☐ ja	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? Wurden Vermögenswerte abgetreten?

☐ nein

☐ ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben: _____

_____

_____

Bitte fügen Sie sofern vorhanden den entsprechenden Vertrag bei.

5. Angaben zu weiteren Personen in Ihrem Haushalt

Leben noch weitere Personen in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, benennen Sie bitte diese Personen.

	Person 1	**Person 2**	**Person 3**
Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verhältnis zur antragstellenden Person			
Staatsangehörigkeit			
bei Ausländern: Aufenthaltsstatus / bis			
aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit			
Schwerbehinderung liegt vor?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Erwerbsunfähigkeit liegt vor?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

6. Angaben zu Angehörigen außerhalb Ihres Haushaltes

Leben Familienangehörige (Eltern und Kinder aller antragstellenden Person/en) oder getrenntlebende/geschiedene Ehegatten bzw. Lebenspartner*innen außerhalb Ihrer Wohnung/Ihres Hauses?

☐ nein ☐ ja (Wenn ja, benennen Sie bitte diese Person/en.)

Es sind keine Kinder vorhanden

☐ nein ☐ ja (Wenn ja, benennen Sie bitte diese Person/en.)

Folgende Elternteile sind verstorben:

☐ Mutter ☐ Vater

	Person 1	**Person 2**	**Person 3**
Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Wohnort, Straße, Haus-Nr.			
Verhältnis zum/r Antragsteller*in			

aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit: Wo (Arbeitgeber)?			
Die Person verfügt über nachfolgende Bruttoeinkünfte, die jährlich geschätzt in Summe:	☐ 100.000 € übersteigen ☐ 100.000 € nicht übersteigen ☐ unbekannt	☐ 100.000 € übersteigen ☐ 100.000 € nicht übersteigen ☐ unbekannt	☐ 100.000 € übersteigen ☐ 100.000 € nicht übersteigen ☐ unbekannt
Einkünfte aus Gewerbebetrieb	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Einkünfte aus Kapitalvermögen	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
weitere Einkünfte (z. B. Rente, Pension, Unterhalt)	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Haben Sie Vermögenswerte an diese Person/en übertragen?	☐ nein ☐ ja Was? _____ Wann? _____	☐ nein ☐ ja Was? _____ Wann? _____	☐ nein ☐ ja Was? _____ Wann? _____

Bestehen **Unterhaltsansprüche** gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner*in oder Partner*innen einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?

☐ nein

☐ ja ☐ auf Unterhalt wurde verzichtet
☐ Unterhalt bereits tituliert (bitte Nachweis beifügen)
☐ Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht
☐ Unterhalt wird gezahlt (bitte Nachweis beifügen)

Ich möchte im Zusammenhang auf ggf. vorliegende Unterhaltsverpflichtungen auf folgendes hinweisen, oder folgenden Sachverhalt darstellen:

Erklärung der antragstellenden Person (oder der*des gesetzlichen Vertreter*in):
• **Wahrheit der Angaben** Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.
• **Mitwirkungspflicht** Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte, Auslandsaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.
• **Datenschutz** Um zu den Informationen über die Erhebung von Daten zu gelangen, scannen Sie einfach den folgenden QR-Code. Die Informationen und sind im Vorwege an die Antragstellung zur Kenntnis zu nehmen: Alternativ können Sie uns auch gerne kontaktieren und wir stellen Ihnen die Informationen kostenfrei schriftlich zur Verfügung.
• **Überleitung von Ansprüchen** Der Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfegewährung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung der*des Schuldner*in die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gemäß § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Leistungsträger über.

☐ **Ich bestätige, die Informationen zur Wahrheit der Angaben, Mitwirkungspflicht, Überleitung von Ansprüchen und die Erklärung zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.**

☐ **Mir ist bekannt, dass der Antrag erst dann abschließend bearbeitet werden kann, wenn alle geforderten Angaben/Unterlagen vervollständigt oder nachgereicht worden sind.**

Die gegebenenfalls zu gewährenden Geldleistungen (z. B. Barbetrag im Pflegeheim, Bekleidungsbeihilfen, Pflegegeld, Blindenhilfe o. ä.) sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

Bank, IBAN

Kontoinhaber

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller*in bzw. Betreuer*in