

Stadt Bad Münde am Deister
 Lange Str. 3
 31848 Bad Münde

Eingangsstempel

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen

Hiermit beantrage(n) ich/wir einmalig laufend

- Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (**SGB XII**) in Form von
- Hilfe zum Lebensunterhalt Grundsicherung Alter/ Erwerbsminderung
 - Hilfen zur Gesundheit Eingliederungshilfe Hilfe zur Pflege
 - Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
 - Hilfen in anderen Lebenslagen
 (Weiterführung Haushalt, Blindenhilfe, sonst. Lebenslagen, Bestattungskosten)

- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (**AsylbLG**)

Begründung: (Schildern Sie ausführlich und mit eigenen Worten den Grund für die Beantragung der Leistungen)

I.	Persönliche Verhältnisse	der/des Hilfesuchenden		der Ehegattin/des Ehegatten des/der Lebensgefährten/-in des eingetragenen Lebenspartners	
1.	Name				
2.	Geburtsname				
3.	Vorname / Geschlecht (m/w)				
4.	Geburtsdatum				
5.	Geburtsort / Kreis				
6.	Familienstand, seit				
7.	PLZ, Wohnort				
8.	Straße, Nr., (Lage der Wohnung)				
9.	Telefonnummer und ggf. E-Mail				
10.	Staatsangehörigkeit				
11.	ausländerrechtlicher Status				
12.	höchster Schulabschluss				
13.	erlernter Beruf				
14.	z.Zt. ausgeübter Beruf				
	Vollzeit/Teilzeit (Stundenzahl)				
15.	Krankenkassenmitglied bei				
	freiwillig/ privat versichert, mtl. Beitrag in €				
	ggf. beihilfeberechtigt bei				
	pflichtversichert				
16.	Bankverbindung, Name des Geldinstituts				
	Bankleitzahl, Konto Nr.				
	Anschrift des Geldinstituts:				
17.	Betreuer oder Pfleger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	ggf. Name, Vorname, Anschrift, Telefon Bestellt durch:				

II. Familienverhältnisse: außer der/dem Hilfesuchenden und seinem/ihrem Ehepartner/Lebenspartner leben noch **im Haushalt**

		1	2	3	4
1.	Name				
2.	Geburtsname				
3.	Vorname/ Geschlecht (m/w)	/	/	/	/
4.	Geburtsdatum				
5.	Geburtsort /Kreis				
6.	Familienstand				
	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
7.	Staatsangehörigkeit				
8.	ausländerrechtlicher Status				
9.	Bei Schulbesuch Schulart/Klasse				
10.	höchster Schulabschluss				
11.	Erlerner Beruf				
12.	z.Zt. ausgeübter Beruf				
13.	Krankenkassenmitglied bei				
	freiwillig/ privat versichert, mtl. Beitrag in €				
	pflichtversichert				

II a. Zusätzliche Angaben bei Kindern, sofern ein Elternteil **nicht** im Haushalt lebt (auch Stiefkinder bzw. nichteheliche Kinder)

Name des Kindes			
Name und Anschrift des Elternteiles, der nicht im Haushalt lebt			
zustehender mtl. Unterhaltbetrag in €			
Datum, AZ des Urteiles/ Beschlusses			
tatsächliche mtl. Unterhaltszahlungen in €			

II b. Angehörige der Hilfesuchenden die nicht im Haushalt leben

⇒ (Kinder, auch aus früheren Ehen, nichteheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern (auch wenn verstorben))

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	Anschrift	Beruf

⇒ Getrenntlebende oder geschiedene Ehegatten

Name, Geb.Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Beruf	Arbeitgeber

getrenntlebend seit:

geschieden seit:

Scheidungsurteil vom:

Unterhaltstitel vom:

Unterhaltsklage erhoben am:

bei welchem Gericht:

anwaltschaftlich vertreten durch:

seit:

Anschrift des Anwalts:

II c. Verstorbene Ehegatten und Angehörige der Haushaltsgemeinschaft

Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	<input type="checkbox"/> Berufsunfall (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Kriegsfolge
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Einkommensverhältnisse des/ der Hilfesuchenden und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstabrechnungen, Rentenbescheide beifügen; bei beantragten Leistungen Aktenzeichen angeben)

Art des mtl. Nettoeinkommens	Antragsteller €	Ehegatte €	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 1 Nr. II)			
			Nr. 1/ €	Nr. 2/ €	Nr. 3/ €	Nr. 4/ €
Leistungen des Arbeitsamtes (wöchentliche Leistung Alg/Alg II/UHG) (Kundennummer)						
Arbeitnehmertätigkeit (Lohn, Gehalt) Fahrtkosten zur Arbeit (ÖPNV) Bei Pkw: einfache Entfernung in km						
Kindergeld (Kindergeldnummer)						
Wohngeld (Wohngeld-Nr.)						
Renten aus Sozialversicherung <input type="checkbox"/> Altersruhegeld <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> EU-Rente <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Knappschaftsrente						
Renten nach dem BVG (z.B. Grundrente, Ausgleichsrente)						
Betriebsrente, Zusatzversorgung						
Landwirtschaftliches Altersgeld						
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft						
Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe <input type="checkbox"/> Entschäd.rente						
Krankengeld/ Mutterschaftsgeld						
Einkünfte aus Gewerbe, Handel						
Miet- und Pachteinnahmen, Untermieteinnahmen						
Unterhalt (von Angehörigen)						
Sonstige Einnahmen (Art: _____)						
Geldwerter Vorteil <input type="checkbox"/> freie Kost <input type="checkbox"/> freie Wohnung						
Leistungen aus UVG, BAB, BAföG, USG						

IV. Arbeitsverhältnisse in den letzten 36 Monaten

	Art der Tätigkeit	Dauer von bis	Name, Anschrift des Arbeitgebers	Gründe für etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses	Krankenkasse
Name:					
Name:					

Bei welchen Hilfesuchenden bestehen Arbeits-, Erwerbs- bzw. gesundheitliche Einschränkungen?

Name des Hilfeempfängers	Arbeits-/ Erwerbsunfähigkeit	Schwerbehinderung/ GdB/ Merkmal	Schwangerschaft/ errechneter Entbindungstermin	Erkrankungen, die kostenaufwendigerer Ernährung bedürfen

V. Versicherungen inkl. „Riester-Rente“ (bitte Versicherungsschein und letzten Zahlungsnachweis beifügen)

Art der Versicherung	Versicherungsnehmer	abgeschlossen am:	Laufzeit bis:	Betrag mtl. in €	Betrag jährlich in €

VI. Wohnverhältnisse (bitte Mietvertrag und Mietbescheinigung lt. Vordruck beifügen)

<input type="checkbox"/> Der/ die Hilfesuchende ist	<input type="checkbox"/> Mieter/ mietähnlich Nutzungsberechtigter	<input type="checkbox"/> Untermieter bei _____
<input type="checkbox"/> der/ die Ehegatte/-in bzw. Lebensgefährte/-in ist	<input type="checkbox"/> Eigentümer eines/ einer	<input type="checkbox"/> Einfamilienhauses <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Zwei- oder Mehrfamilienhauses

VI a. Energieversorgungskosten, sofern vom Hilfesuchenden selbst an das Versorgungsunternehmen zu entrichten (Abschlagsfestsetzung beifügen)

	Name des Versorgungsunternehmens	Höhe des festgesetzten mtl. Abschlagsbetrages in €
Strom		
Gas		
Ferndampf		

VII. Aufenthaltsverhältnisse des/ der Hilfesuchenden und seiner Angehörigen in den letzten 12 Monaten (nur angeben, wenn von der jetzigen Anschrift abweichend)

Name, Vorname	Anschrift	von - bis	bei Grenzübertritt, Tag und Ort angeben

VIII. Sozialhilfeleistungen

Wurden bereits vorher Sozialhilfeleistungen erbracht?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja,	von: bis:	Sozialamt:	
	von: bis:	Sozialamt:	
War ein Hilfesuchender vor seinem jetzigen Wohnort in einem Heim/ einer Anstalt untergebracht?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wer und wo ?	Wohnort in den letzten 2 Monaten vor Anstalts- oder Heimaufnahme	Entlassungstermin:	

IX. Vermögensverhältnisse der Hilfesuchenden

Grundvermögen haben: (auch im Ausland!!; Grundbuchauszug bitte vorlegen)

Name d. Eigentümers/-in	Wohnfläche	Grundstücksgröße	Nutzungsart	Belastung in €	Gläubiger

Barvermögen und Sparguthaben (auch lfd. Bausparverträge, Sparverträge und ähnliches)

Name d. Eigentümers/-in	Bank/ Sparkasse	Konto-Nr.	Betrag in €	Laufzeit des Vertrages

Sonstiges Vermögen (Lebens- und private Rentenversicherungen, Wertpapiere, Forderungen, Wertgegenstände, Kraftfahrzeuge u.ä.)

Name d. Eigentümers/-in	Art des Vermögens	ggf. Schuldner/-in	Menge/ Anzahl	Gesamtwert in €
Zusatz für KfZ Baujahr, KW und Marke notwendig				

Hat ein Hilfesuchender in den letzten 12 Monaten Vermögen veräußert ? ja nein

veräußernde Person	Art des Vermögens	Erwerber/-in	Veräußerungserlös in €

Hat ein Hilfesuchender in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
schenkende Person	Art des Geschenkes	Beschenkte/-r	Wert des Geschenkes in €

X. Nicht geklärte Ansprüche (z.B. vertragliche/ gesetzliche Ansprüche, gestellte Anträge o.ä.)

Wurden bei anderen Sozialleistungsträgern Anträge gestellt über die bisher noch nicht entschieden ist ?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
Hat der/ die Hilfesuchende noch andere ungeklärte Ansprüche, aus denen er/ sie z.Zt. noch keine Leistungen erhält?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
Anspruchsberechtigter	Art und Höhe des Anspruches	Grundlage des Anspruches	Antrag gestellt am:	Antrag gestellt bei:	

Ist ein Angehöriger eines Hilfesuchenden verstorben an den Folgen einer der nachstehenden Schädigungen? Schädigungen durch: Impfschaden, Gewalttat (nach dem 11.05.1976), Wehr- oder Zivildienst?

Name des Hilfesuchenden	Name der verstorbenen Person	Verstorben am:	Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	Verstorben an Schädigungen folgender Art

XI. Schuldverpflichtungen aus Miet- oder Energierückständen

Name d. Schuldners/-in	Gläubiger	Art der Schulden	Jährlich in €	Derzeitige Schuld in €

Erklärung:

Meine/ Unsere Angaben sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) vollständig und entsprechen der Wahrheit. Jede Änderung in meinen Familien- und Einkommensverhältnissen und jeden Wohnungswechsel werde ich/ werden wir unaufgefordert mitteilen.

Ich/ Wir unterschreiben diese Erklärung. Mir/ Uns ist bekannt, dass bei falschen, unrichtigen oder unvollständigen Angaben die Sozialhilfeleistungen gem. § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können und außerdem Strafverfolgung wegen Betruges bzw. Betrugsversuchs zur Folge haben.

Ich/ Wir sind darauf hingewiesen worden, dass die gewährte Sozialhilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zurückzuzahlen ist, wenn die Voraussetzungen nach dem SGB XII dafür gegeben sind.

Die vorstehende Erklärung wurde mir/ uns bei Abgabe dieses Antrages laut vorgelesen und von mir/ uns anerkannt.

Hinweis nach § 13 Abs. 3 Satz 2 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) i.V.m. § 79 Abs. 3 Satz 1 SGB X:

Die Daten in diesem Sozialhilfeantrag werden gem. § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I erhoben.

Sie werden gem. § 14 Abs. 1 Satz 1 BDSG i.V.m. § 79 Abs. 3 Satz 1 SGB X in der automatisierten Datenverarbeitung verarbeitet und gespeichert, soweit dieses für die Bearbeitung des Antrages bzw. die Leistungsgewährung erforderlich ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers/ Vormundes/ Pflegers)

(Unterschrift des Ehegatten, des Lebensgefährten bzw. des eingetragenen Lebenspartners des Antragstellers)