

<b>1. Persönliche Verhältnisse</b>		
	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	<b>Antragstellende Person 1</b>	<b>Antragsstellende Person 2:</b>
		<input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/Partnerin in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner/ eingetragene Lebenspartnerin
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Letzter Wohnort vor erstmaligem Einzug in die besondere Wohnform		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand <b>(ggfls. Scheidungsurteil beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status <b>(Nachweis in Kopie beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Betreuer/Betreuerin bzw. Bevollmächtigter/Bevollmächtigte Name und Anschrift  Freiwillig: Telefonnummer, Fax-Nummer und Email-Adresse <b>(Bestellungsbeschluss bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)</b>		
Ist eine Beteiligung der betreuten Person in sozialrechtlichen Angelegenheiten bzw. eine Kommunikation mit ihr möglich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Der Sozialhilfebescheid soll auch an die betreute Person übermittelt werden. <input type="checkbox"/> Unterlagen bzw. Nachfragen können auch direkt bei der betreuten Person angefordert bzw. Nachfragen auch direkt an die betreute Person gerichtet werden.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Der Sozialhilfebescheid soll auch an die betreute Person übermittelt werden. <input type="checkbox"/> Unterlagen bzw. Nachfragen können auch direkt bei der betreuten Person angefordert bzw. Nachfragen auch direkt an die betreute Person gerichtet werden.
Rentenversicherungsnummer		
Nachweis über eine dauerhaft volle Erwerbsminderung liegt vor? <b>(Mitteilung des Rententrägers od. amtsärztl. Gutachten beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> im Eingangsverfahren <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> im Eingangsverfahren <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich
Zeitpunkt der ersten Beantragung bzw. Bewilligung von Eingliederungshilfe (z.B. Fachleistungsstunden betreutes Wohnen) <b>(ersten und letzten Eingliederungshilfebescheid beifügen)</b>		

2. Unterhalt		
	1. Person	2. Person
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner/Partnerinnen einer Lebensgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:  <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:  <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)
Name und Anschrift des/der geschiedenen oder getrenntlebenden Ehegatten/Ehegattin oder Partners/Partnerin  Geburtsdatum und -ort		
Gibt es unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft (Eltern und leibliche sowie adoptierte Kinder)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Falls ja, wen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Falls ja, wen?
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?	Elternteil 1	Elternteil 1
	Elternteil 2	Elternteil 2
	Kind 1	Kind 1
	Kind 2	Kind 2
	Weitere Kinder	Weitere Kinder
Verfügen Ihre Eltern oder eines Ihrer Kinder jeweils allein über erhebliches Einkommen? (ab 100.000 EUR jährlich)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Falls ja, wer?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Falls ja, wer?

3. Mehrbedarf		
	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis <b><u>(Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen)</u></b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung <b><u>(Bescheinigung des Anbieters beifügen)</u></b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei folgendem Anbieter: <input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX) <input type="checkbox"/> im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote Die Teilnahme erfolgt pro Woche an <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tag/Tagen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei folgendem Anbieter: <input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX) <input type="checkbox"/> im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote Die Teilnahme erfolgt pro Woche an <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tag/Tagen.
Kostenaufwendige Ernährung <b><u>(gesonderter Antrag mit ärztlicher Bescheinigung erforderlich)</u></b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

#### 4. Kranken- / Pflegeversicherung

**(Mitgliedsbescheinigung und ggfls. aktuelle Beitragsmitteilung beifügen)**

	1. Person	2. Person
Wie sind Sie kranken- und pflegeversichert?	<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
Wo sind Sie kranken- und pflegeversichert? (Name und Sitz der Kranken-/ Pflegekasse und Vers. Nr.)	Vers. Nr.	Vers. Nr.
Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert? (Name und Sitz der Kranken-/ Pflegekasse und Vers. Nr.)	Vers. Nr. Mitglied von _____ bis _____	Vers. Nr. Mitglied von _____ bis _____

#### 5. Einkommen

**(Aktuelle Einkommensnachweise beifügen wie z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung)**

Art des Einkommens	1. Person		Monatlicher Betrag in Euro	2. Person		Monatlicher Betrag in Euro
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Arbeitsentgelt der Werkstatt für Behinderte oder eines anderen Leistungsanbieters	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonder- / Weihnachtzuwendung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Unterhaltsleistungen	<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	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (zusätzlich Erstrentenbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Ich erhalte einen Grundrentenzuschlag. (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt. (Nachweis beifügen)	<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	
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	
Ausländische Renten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wohngeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Andere Sozialleistungen (z.B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Bürgergeld)	<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	
Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Erhalten Ihre Eltern für Sie Kindergeld / Kinderzuschlag?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wird das Kindergeld / der Kinderzuschlag an Sie weitergeleitet?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wenn nein, wofür wird die Leistung verwendet?						

<b>6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge</b> <b>(Bitte Nachweise beifügen)</b>				
	<b>1. Person</b>		<b>2. Person</b>	
<b>Absetzbaren Beträge</b>  Hierzu gehören z. B. Beiträge für Altersvorsorge, Sterbeversicherung, Haftpflichtversicherung, berufsbedingte Aufwendungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	
	<b>Art der Ausgabe</b>	<b>Mtl. Betrag in Euro</b>	<b>Art der Ausgabe</b>	<b>Mtl. Betrag in Euro</b>

<b>7. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen</b> <b>(Bitte Nachweise beifügen!)</b>						
	<b>1. Person</b>			<b>2. Person</b>		
<b>Art des Vermögens</b>			<b>Betrag in Euro</b>			<b>Betrag in Euro</b>
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Taschengeld-/Eigengeldkonto in der besonderen Wohnform (Auszüge 3 Monate rückwirkend beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Bausparvertrag, Ratensparvertrag usw. – Auszüge 10 Jahre rückwirkend beifügen)	<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, Bausparvertrag, Festgeld, Ratensparvertrag usw.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
PayPal Guthaben (Kontoauszüge beifügen)	<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	<input type="checkbox"/> Ja	Rückkaufwert:
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	<input type="checkbox"/> Ja	Rückkaufwert:
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Rückkaufwert:
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<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. Kraftfahrzeug mit einem Wert > 7.500 EUR, E-Bike, Pedelec)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonstige Forderungen (z.B.: Schadensersatz, Außenstände, usw.) Art der Forderung und Schuldner:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

<b>8. Angaben zu Immobilien und Grundstücken</b> <b>(Bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert, Größe und Lage der Immobilie/des Grundstücks beifügen!)</b>					
	<b>1. Person</b>		<b>2. Person</b>		
Haus- bzw. Wohneigentum	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonstiger Grundbesitz (z.B. unbebaute land- und forstwirtschaftliche Grundstücke oder andere Gebäude oder Grundstücke wie Garagen, Lagerhallen oder Scheunen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	



## Erklärung

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

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).

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach Artikel 6 Abs. 1 Satz 2 Buchstabe c der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Person

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Person

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/Betreuerin bzw. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter