


Az.:	Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII	 Landkreis Straubing-Bogen Tradition und Zukunft
Eingang:	<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Leistungen nach den Kapiteln 5-9 SGB XII und zwar in Form von: (z.B. Hilfe zur Gesundheit)	
Nähere Begründungen des Antrages, Ursache der Notlage:		

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII). Wir weisen Sie zudem darauf hin, dass ein Kontenabrufverfahren gem. §§ 93 b, 93 Abgabenordnung veranlasst werden kann.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	Antragsteller(in) 1			Antragsteller(in) 2		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Familienname, ggf. auch Geburtsname						
Vorname(n)						
Anschrift / gewöhnlicher Aufenthalt	Straße, Nr.					
	PLZ, Ort					
Telefon (freiwillige Angabe)						
Geburtsdatum / -ort						
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> LP aufgeh. seit:			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> LP aufgeh. seit:		
Staatsangehörigkeit						
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status						
a) Duldung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gültig bis		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gültig bis	
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gültig seit		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gültig seit	
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gültig bis		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gültig bis	
Bei Spätaussiedlern Bescheinigung nach § 15 BVFG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Jahr des Zuzugs nach Deutschland						
Frühere Erwerbstätigkeit im Ausland?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) (Kopie der Bestellsurkunde oder der Vollmacht beifügen)						
Anschrift des/der Betreuer(in) / Bevollmächtigten: Straße, Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)						
Erwerbsgemindert / arbeitsunfähig - behindert - pflegebedürftig?	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	behindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	behindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durch Fremdvorschulden verursacht? (falls ja, bitte Beiblatt mit näheren Angaben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		GdB	Merkzeichen		GdB
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte, Heim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:			Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:		

2. Familienverhältnisse		Leben außer dem/der Antragsteller(in) und seinem/ihrer Ehegatten/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft noch weitere Personen im Haushalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:							
		1		2		3		4	
Familiennamen ggf. auch Geburtsname									
Vorname(n)									
Geburtsdatum/-ort									
Staatsangehörigkeit									
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status		<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 <input type="checkbox"/> nein	
a) Duldung		gültig bis		gültig bis		gültig bis		gültig bis	
b) Niederlassungserlaubnis		gültig seit		gültig seit		gültig seit		gültig seit	
c) Aufenthaltserlaubnis		gültig bis		gültig bis		gültig bis		gültig bis	
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetrag. Lebenspartners.		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetrag. Lebenspartners.		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetrag. Lebenspartners.		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetrag. Lebenspartners.	
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller									
Beruf									
Derzeit ausgeübte Art der Tätigkeit									
Arbeitgeber oder Art der Rente									
Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit									
Bei and. Nichterwerbstätigen: Grund d. Nichterwerbstätigkeit/ Erwerbsminderung									
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte, Heim, Krankenhaus)?									

3. Unterhalt	Antragsteller 1	Antragsteller 2
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:
Verfügt eines Ihrer Kinder / ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Familiennamen, Vorname der / des Angehörigen (Kinder u. Eltern)		
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)		
Geburtsdatum		
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten oder Partner einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt in Höhe von _____ <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind 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 in Höhe von _____ <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind 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)
Falls ja: Familiennamen, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung		
4.1 Monatliche Kosten der Unterkunft		
Wie wohnen Sie?	<input type="checkbox"/> zur Miete <input type="checkbox"/> zur Untermiete <input type="checkbox"/> im Wohneigentum <input type="checkbox"/> mietfrei bei _____ bedingt durch _____ (z. B. Wohnrecht)	
Zahl der Personen in der Wohnung / im Haus:		Person(en)
Wohnfläche:		m ²
Baujahr des Hauses:		
4.1.1 Mietverhältnis (bitte Mietvertrag und Mietbescheinigung vorlegen!)		
Gesamtkosten der Unterkunft ohne Heizkosten:		EUR
davon Nebenkosten		EUR
Enthalten die oben genannten Beträge		
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Garage / Stellplatz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
Wird eine Teilfläche von Ihnen untervermietet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe der Einnahmen: EUR
4.1.2 Haus-/Wohneigentum		
Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! Außerdem ist der Fragebogen „Haus- und Wohnungseigentum“ auszufüllen, zu unterschreiben und vorzulegen.		
4.2 Heizkosten		
Beschaffer des Heizmittels:	<input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> _____	
Höhe der Heizkosten:	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	
Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstige Art	
Enthalten die oben genannten Beträge		
- Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z. B. Gas)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
4.3 Kranken-/Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)		
	Antragsteller 1	Antragsteller 2
Bei welcher Kranken- und Pflegekasse sind Sie versichert?		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
ggf. Höhe des mtl. Beitrags		
- Krankenversicherung		
- Pflegeversicherung		
- Zusatzbeitrag		
4.4 Mehrbedarf (bitte ärztliche Nachweise beifügen)		
Benötigen Sie eine spezielle kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: in welcher Schwangerschaftswoche?		

5. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!) (z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)				
	Antragsteller 1	Antragsteller 2	Sonstige Haushaltsangehörige entspr. Nr. 2 (für weitere Angehörige bitte Zusatzblatt)	
			1	2
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen monatlich (andere Zeiträume u. einmalige Einnahmen bitte kennzeichnen)				
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)				
Leistungen der Krankenversicherung				
Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. Pflegegeld)				
Übergangsgeld				
Selbstständige Tätigkeit				
Land- und Forstwirtschaft				
Ehrenamtliche Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 4.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen, auch ausländische Renten (z.B. Rente wg. Erwerbsminde- rung, Alter, Unfall; landwirtsch. Altersgeld; Witwen- oder Waisen- rente; Kinderzuschuss/-zulage; Pflegegeld zur Rente; Werksrente o.ä.)				
Leistungen aus zusätzlicher freiwilliger Altersvorsorge				
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz				
Leistungen nach dem Bundes- versorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflege- geld, Entschädigungsrente)				
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
Mutterschaftsgeld				
Elterngeld / Familiengeld				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird entsprechendes Einkom- men an Kinder weitergegeben?	<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 <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsförderung (z.B. BAföG)				
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeld- berechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)				
Unterhaltsvorschuss nach UVG				
Unterhaltssicherung nach USG				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Verköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Nicht geklärte oder streitige Ansprüche				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Sonstige Einkünfte				

E r k l ä r u n g

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss, ist mir bekannt.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede **Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse**, vorübergehende **Abwesenheit** vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§76 Abs.2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Ich **bestätige**, dass ich von der Transparenzerklärung zum **Datenschutz** gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Kenntnis genommen habe.

Ich möchte eine **Ausfertigung** der Transparenzerklärung **erhalten**.

Ort, Datum

Antragsteller 1	Unterschrift
-----------------	--------------

Antragsteller 2	Unterschrift
-----------------	--------------

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde (nur notwendig, wenn der Antrag über die Gemeinde gestellt wird)

Vorstehende Angaben entsprechen

- der Wahrheit
- nicht der Wahrheit
- erscheinen plausibel

Ort, Datum

Unterschrift