

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Hinweis:

Damit sachgerecht über Ihren Antrag entschieden werden kann, benötigen wir von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie. Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig und gut leserblich aus. Striche, anderweitige Zeichen und Nichtbeachtung gelten als Verneinung. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der antragstellenden Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite des Antrages zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Die Träger der Sozialhilfe sind befugt, Ihre angegebenen Daten, im Rahmen der gesetzlichen Verwendungsregeln, mit anderen Leistungsträgern im Wege des automatisierten Datenabgleichs zu prüfen (§ 118 SGB XII).

Eingangsstempel der Behörde:

Name(n), Vorname(n)

Für

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 Hilfe zum Lebensunterhalt
 Hilfe nach Kapitel 5-9 SGB XII

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage: Wenn der Platz nicht ausreicht bitte gesondertes Blatt verwenden!

| I. Persönliche Verhältnisse: | a) des/der Hilfesuchenden bzw. (1. Person bei Grundsicherung) | b) des nicht getrennt lebenden Ehegatten/nicht getrennt lebenden Lebenspartners*/Partners der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. (2. Person bei Grundsicherung) | | |
|---|--|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Haushalt | Bei unverheirateten minderjährigen Antragstellern hier Angaben über die Eltern/Personensorgeberechtigten. Mutter/Personensorgeberechtigte Vater/Personensorgeberechtigter | | |
| 1. Name (ggf. auch Geburtsname) | | | | |
| 2. Vorname(n) | | | | |
| 3. Geschlecht (männlich/weiblich) | | | | |
| 4. Geburtsdatum / Geburtsort/Kreis/Land | | | | |
| 5. Familienstand (ledig, verh., verw., getr. lebend, in eingetr. Lebenspart, eheähnl. Gem., geschieden seit.....) | | | | |
| a) (wenn geschieden): Gericht, Datum, Aktenz. d. Urteils | | | | |
| b) Art der Unterhaltsregelung | | | | |
| 6. Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtlicher Status | | | | |
| 7. Adresse: PLZ, Ort/Ortsteil Straße, Hausnummer Telefon (freiwillige Angabe) | | | | |
| 8. a) Ausweispapiere: Art & Nummer | | | | |
| b) Ausstellungstag, -behörde | | | | |
| 9. Sind Sie voll erwerbsgemindert oder arbeitsunfähig? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheid vorlegen!) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bescheid vorlegen!) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bescheid vorlegen!) | |
| 10. Wenn ja, Art der Behinderung | | | | |
| 11. Grad der Behinderung / Minderung der Erwerbsfähigkeit | GdB: % MdE: % | | | |
| 12. Schwerbehindertenausweis | Gültig bis: Merkzeichen: | Gültig bis: Merkzeichen: | Gültig bis: Merkzeichen: | |
| 13. Bei anderen Nichterwerbstätigen Grund der Nichterwerbstätigkeit | | | | |
| 14. Betreuer/in (Kopie Bestellsurkunde beifügen) | Name: Anschrift: | | | |
| II. Familienverhältnisse: Außer dem Antragstellenden und seinem Ehegatten/Partner der eheähnl. Gemeinschaft/Lebenspartner* leben noch im gemeinsamen Haushalt Bei mehr als 4 Personen bitte Beiblatt verwenden! | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Name (ggf. auch Geburtsname) | | | | |
| 2. Vorname(n) | | | | |
| 3. Geschlecht (männlich/weiblich) | | | | |
| 4. Geburtsdatum / Geburtsort/Kreis/Land | | | | |
| 5. Familienstand | | | | |
| 6. Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtlicher Status | | | | |
| 7. a) Derzeitige Art der Beschäftigung | | | | |
| b) Derzeitiger Arbeitgeber | | | | |
| 8. Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte) | | | | |

*nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Falls der Antragstellende ein nicht eheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nicht eheliches Kind aufgeführt wird:

| | | | |
|---|--|--|--|
| 9. Name, Vorname des Kindes | | | |
| 10. Name des/der Unterhaltspflichtigen | | | |
| 11. Anschrift des/der Unterhaltspflichtigen | | | |
| 12. Name des Vormunds, Pflegers | | | |
| 13. Anschrift des Vormunds, Pflegers | | | |
| 14. Zuständiges Vormundschaftsgericht | | | |
| 15. Unterhalt pro Monat (in EURO) | | | |
| 16. Datum/Aktenzeichen des Vollstreckungstitels | | | |
| 17. In welcher Höhe werden Zahlungen geleistet? (in EURO) | | | |

III. Einkommensverhältnisse des/der Hilfesuchenden und ihrer/seiner Angehörigen (Nachweise über Art/Höhe sämtlicher Einkünfte beifügen, z.B. Nachweis über Kindergeld/Kindergeldzuschlag, Rentenmitteilung bzw. -bescheid, Verdienstbescheinigung, Unterhalt, Wohngeldbescheid)

| Art des Einkommens monatlich (als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen) | antragstellende Person EURO | Ehegatte/Lebenspartner*/Partner eheähnl. Gem. EURO | sonstige Haushaltsmitglieder (siehe II. Familienverhältnisse) | | | |
|--|--------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | zu Nr. 1 EURO | zu Nr. 2 EURO | zu Nr. 3 EURO | zu Nr. 4 EURO |
| 1. keine Einkünfte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen usw.) | | | | | | |
| 3. Leistungen der Krankenkasse | | | | | | |
| 4. Erträge aus Gewerbe/Freiberuf/Handel | | | | | | |
| 5. Erträge aus Land- und Forstwirtschaft | | | | | | |
| 6. Sonstige selbständige Tätigkeiten | | | | | | |
| 7. Kapitalvermögen | | | | | | |
| 8. Vermietung/Verpachtung | | | | | | |
| 9. Sonstige Rente(n)/Pensionen | | | | | | |
| 10. Wohngeld/Lastenzuschuss | | | | | | |
| 11. Lastenausgleich | | | | | | |
| 12. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz | | | | | | |
| 13. Kindergeld/Elterngeld/Erziehungsgeld | | | | | | |
| 14. Unterhaltsleistungen nach dem UVG | | | | | | |
| 15. Leistungen der Agentur für Arbeit | | | | | | |
| 16. Ausbildungsförderung | | | | | | |
| 17. Landesblindengeld | | | | | | |
| 18. Sonstige Einkünfte | | | | | | |

IV. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII) (Bitte Nachweise beifügen!) Wenn der Platz nicht reicht, gesondertes Blatt verwenden!

| Ausgaben | antragstell. Person | Ehegatte/Lebenspart. | zu Nr. 1 | zu Nr. 2 | zu Nr. 3 | zu Nr. 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. keine absetzbaren Beträge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. auf d. Einkommen entrichtete Steuern | | | | | | |
| 3. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- u. Pflegeversicherung, Beiträge zur Arbeitsförderung) | | | | | | |
| 4. öffentliche oder private Versicherung (soweit gesetzlich vorgeschrieben und angemessen, z.B. Haftpflichtversicherung) | | | | | | |
| 5. Altersvorsorgebeiträge | | | | | | |
| 6. zur Erzielung d. Einkommens (z.B. Fahrkarte zum Arbeitsplatz) | | | | | | |
| 7. Sonstige | | | | | | |

*nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

V. Unterhaltspflichtige Angehörige:
a) Nur bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

| | | |
|--|--|---|
| | des/der Hilfesuchenden bzw. (1. Person bei Grundsicherung) | des Ehegatten/Lebenspartners*/Partners der eheähnl. Gem. bzw. (2. Person bei Grundsicherung) |
| 1. Verfügt eines Ihrer Kinder oder verfügen Ihre Eltern wahrscheinlich über ein Gesamteinkommen von über 100.000 € jährlich? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie „ja“ angekreuzt haben, tragen Sie bitte unter III. b) weitere Angaben ein) | <i>Nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller ist!</i> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie „ja“ angekreuzt haben, tragen Sie bitte unter III. b) weitere Angaben ein) |

b) bei allen anderen Leistungen nach SGB XII

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Name (ggf. auch Geburtsname) | | | | |
| 2. Vorname(n) | | | | |
| 3. PLZ, Ort/Ortsteil Straße/Hausnummer | | | | |
| 4. Geburtsdatum | | | | |
| 5. Verwandtschaftsverhältnisse zum Antragsteller | | | | |
| 6. Staatsangehörigkeit | | | | |
| 7. Beruf/ausgeübte Tätigkeit | | | | |
| 8. Arbeitgeber (Name/Anschrift) | | | | |
| 9. Name/Vorname Unterhaltsberechtigter | | | | |
| 10. Jährliches Einkommen des/der Unterhaltspflichtigen in EURO | | | | |
| 11. Wurde auf Unterhalt verzichtet? | <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 |
| 12. Wurden Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht? | <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 |
| 13. titulierte Unterhaltsansprüche (Urkunde bitte beifügen) | <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 |
| 14. Unterhalt wird gezahlt in Höhe von | _____ € <input type="checkbox"/> nein | _____ € <input type="checkbox"/> nein | _____ € <input type="checkbox"/> nein | _____ € <input type="checkbox"/> nein |

VI. Wohnverhältnisse der antragstellenden Person

| | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|--|----------------------|----------------|
| Zahl der Personen in der Wohnung: | Person(en) | Wohnfläche | m ² | davon untervermietet | m ² |
| Gesamtkosten der Unterkunft: | | EURO | | | |
| | | davon Kaltmiete: | | EURO | |
| | | davon Nebenkosten: | | EURO | |
| | | davon Heizungskosten: | | EURO | |
| Einnahmen aus Untervermietung: | | EURO | | | |
| Sind in den angegebenen Beträgen | | | | | |
| • Kosten für Kochfeuerung enthalten? | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von | EURO | |
| • Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von | EURO | |

Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen vorzulegen (Rentabilitätsberechnung).

VII. Sonstiges

| | | |
|---|--|-----------------|
| 1. Derzeit Mitglied welcher Kranken- und Pflegekasse? (genaue Anschrift) Monatsbeitrag Antragsteller versichert als Familierversichert bei | | EURO |
| | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner | |
| 2. Werden Beiträge zur Arbeiter-/Angestellten-/Rentenversicherung freiwillig entrichtet? Für welches Kalenderjahr wurden zuletzt Beiträge geleistet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 3. Besitzen Sie einen Sozialversicherungsausweis? (Bitte die entsprechende Nummer angeben!) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. dem Antrag beifügen | |
| 4. Sind Sie Mitglied einer Sterbegeldversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher _____ | Höhe Sterbegeld |
| 5. Sind Sie Kriegsbeschädigter oder –hinterbliebener? Sind Sie Vater/Mutter eines gefallenen oder kriegsvermissten Kindes? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 6. Besteht ein Rentenanspruch? Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei: | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und warum: | |
| 7. Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung (nach altem Recht) bezogen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ | Aktenz. |
| | von folgender Behörde: | |
| 8. Erhalten Sie Leistungen der stationären Pflege? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe: | |
| 9. Erhalten Sie Leistungen der ambulanten Pflege? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe: | |

*nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

VIII. Vermögenswerte (Bitte fügen Sie die Nachweise bei!) Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden!

| Jedes Vermögen aufführen, unabhängig ob es im In- oder Ausland vorhanden ist! | antragstellende Person | Ehegatte/Lebenspartner*/Partner eheähnl. Gem. | Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe II. Familienverhältnisse) | | | |
|--|--------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | zu Nr. 1 | zu Nr. 2 | zu Nr. 3 | zu Nr. 4 |
| 1. kein Vermögen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Spar- Bank- oder Postsparguthaben in Höhe von: (in EURO) Bankinstitut/Postbank: Kontonummer: | | | | | | |
| 3. Bargeld in Höhe von: (in EURO) | | | | | | |
| 4. Ich habe keinen Haus-/Grundbesitz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz: | | | | | | |
| 5. Vertraglich gesicherte Ansprüche: (z.B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf Pflege) Bitte Abschrift des Vertrages beilegen! | | | | | | |
| 6. Sonstige Vermögenswerte: (z.B. Lebensversicherung, Bausparverträge, Wert-papiere, Sammlungen, Kraftfahrzeuge usw.) | | | | | | |

IX. Vermögensübertragung (Bitte Nachweise beilegen!)

Wurden in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung Vermögenswerte (z.B. Barvermögen, Haus- oder Grundbesitz usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?
 nein ja Anlass, Zeitpunkt, Art, Höhe und Empfänger angeben: _____

Wurden Verträge zu Gunsten Dritter, für den Erlebens- und/oder Todesfall, abgeschlossen? (ggf. Nachweis vorlegen!) nein ja

X. Nicht geklärte Ansprüche

Glaubt die antragstellende Person oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhielt?
 nein ja, wenn ja aus Krankheit aus der Sozialversicherung aus Unfall aus dem Lastenausgleich
 aus anderem Rechtsgrund, nämlich: _____
 Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

XI. Bankverbindung (Girokonto des/der Hilfesuchenden)

| | |
|--------------|-----------------|
| Empfänger: | Kreditinstitut: |
| Kontonummer: | Bankleitzahl: |

Erklärung der antragstellenden Person und seines Ehegatten/Lebenspartners*/Partners der eheähnlichen Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher und unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann.
 Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosgeld, Rente, Krankengeld) geltend gemacht werden können. Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach dem Dreizehnten Kapitel SGB XII wurde ich hingewiesen (zu Unrecht erbrachte Leistungen müssen zurückgezahlt werden!) Ich wurde auf meine Mitwirkungspflicht, die Folge fehlender Mitwirkung und die Grenzen der Mitwirkungspflicht (§§ 60 ff. SGB I – allgemeiner Teil) aufmerksam gemacht. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung versagt werden kann, wenn die zu diesem Zweck erforderlichen Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs.1 SGB I).
 Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich **jede** Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalte usw. (auch von Haushaltsangehörigen) **unverzüglich** und **unaufgefordert** dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich **vor** Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort melden.
 Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung des Amtes wegen) erteilt.
 Mir/Uns ist bekannt, dass die erste Person aus dem Sozialhilfeantrag bzw. die antragstellende Person, der Zustellungsbevollmächtigte für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft ist, die Leistung nach dem SGB XII erhalten. Diese Vollmacht gilt für alle kommenden Bescheide. Die Bankinstitute und Behörden ermächtigte und beauftrage ich zur Auskunftserteilung über meine Vermögensverhältnisse.
Datenschutz:
 Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der vorstehenden Daten erfolgte aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme/n ich/wir im Rahmen meiner/unsere Mitwirkungspflicht nach dem § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass falls technisch nicht anders möglich, Bescheide und Schreiben in Sozialhilfeangelegenheiten an den Haushaltsvorstand als Empfangsberechtigten gerichtet werden. Über das Widerrufsrecht nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X, dass ein Betroffener der Übermittlung von Sozialhilfedaten widersprechen kann, wenn diese im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung erfolgen, wurde ich informiert.
 Die Träger von Sozialhilfe sind befugt, Personen, die Leistungen nach diesem Gesetz beziehen, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs daraufhin zu überprüfen, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (Auskunftsstelle) oder der Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung (Auskunftsstellen) oder anderer Träger der Sozialhilfe bezogen werden oder wurden und in welchem Umfang Zeiten des Leistungsbezuges nach diesem Gesetz mit Zeiten einer Versicherungspflicht oder Zeiten einer geringfügigen Beschäftigung zusammentreffen (§ 118 SGB XII).

Ort, Datum _____ Unterschrift des Aufnehmenden _____ Unterschrift der antragstellenden Person/gesetzlichen Vertreters _____ Unterschrift des Ehegatten/Lebenspart.*/P. eheähnl. Gem. _____

Mit _____ Anlagen an:

Landratsamt Sächsische Schweiz – Osterzgebirge
 Abteilung Soziale Leistungen
 PF 10 02 53
 01782 Pirna

*nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPaPartG