

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch zwölftes Buch (SGB XII)

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)
 Besondere Hilfen in der Sozialhilfe (5. bis 9. Kapitel SGB XII)

Achtung: Sämtliche Angaben bitte mit Nachweisen belegen!

Landkreis Ludwigsburg Fachbereich <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege <input type="checkbox"/> Sozialhilfe 71631 Ludwigsburg
Datum: Aktenzeichen 4-2

I. Begründung:

II. Persönliche Verhältnisse

	Nachfragende Person	Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährte (auch Verstorbene: Sterbedatum/Sterbeursache angeben)
Familienname		
Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße		
PLZ Wohnort		
Telefonnummer bei Rückfragen		
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus bei Ausländern	Wohnsitzauflage ja nein	Wohnsitzauflage ja nein
Familienstand / seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh./verp. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh./verp. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> verw.
Berufl. Tätigkeit		
Festgestellter Pflegegrad	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: - GdB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: - GdB
Bevollmächtigter/Betreuer Nachweis beifügen!	<input type="checkbox"/> nein Name/Anschrift: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Name/Anschrift: <input type="checkbox"/> ja

Folgende Personen leben im gleichen Haushalt:

	Person N° 3	Person N° 4	Person N° 5	Person N° 6	Person N° 7
Familienname					
Geburtsname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familienstand / seit					
Berufl. Tätigkeit					
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: GdB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: GdB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: GdB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: GdB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: GdB
Staatsangehörigkeit					
Verhältnis zur nachfragenden Person					

III. Bankverbindung

Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden

Kontoinhaber	Es handelt sich hierbei um ein 'Pfändungsschutzkonto' <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
IBAN	BIC	Kreditinstitut

IV. Aufenthaltsverhältnisse

Zuzug an den derzeitigen Aufenthaltsort erfolgte am	von letzter Anschrift
Aufenthaltsverhältnisse der letzten 12 Monate:	
Ist ein Mitglied der Haushaltsgemeinschaft als <input type="checkbox"/> Aussiedler, <input type="checkbox"/> (Kontingent-)Flüchtling, <input type="checkbox"/> Asylbewerber oder <input type="checkbox"/> aus dem Ausland nach Deutschland gekommen? Ggf. wer, wann und woher:	
Hat sich eine der unter II. genannten Personen in einer Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Heim der Hilfe zur Erziehung u.ä.) oder im Betreuten Wohnen aufgehalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	

V. Kranken- & Pflegeversicherung nach § 32 SGB XII, § 264 SGB V

Nachfragende Person	Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährtin
Name und Sitz der Kasse	Name und Sitz der Kasse
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privatkasse	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privatkasse

VI. Kosten der Unterkunft nach § 35 SGB XII

Ich bin / Wir sind <input type="checkbox"/> Mieter von Wohnraum (Mietbescheinigung & Mietvertrag beifügen) <input type="checkbox"/> Bewohner von Eigentum	
Kaltmiete beträgt <input type="text"/> € mtl.	Nebenkosten (ohne Heizung/Warmwasser) betragen <input type="text"/> €
Wohngeld / Lastenzuschuss wurde <input type="checkbox"/> bereits bewilligt (ggf. Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> beantragt	
Die Warmwasserbereitung erfolgt mit <input type="checkbox"/> Öl/Gas/Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom dies durch <input type="checkbox"/> zentrale Aufbereitung <input type="checkbox"/> Einzelboiler	
Die Kosten dieser Warmwasserbereitung betragen monatlich <input type="text"/> €	
Der Betrieb der Heizung erfolgt mit <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom (Nachtspeicher) <input type="checkbox"/> Holz/Kohle	
Die Kosten dieser Heizung betragen <input type="text"/> € monatlich	
Die Wohnung ist ausgestattet mit einer <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/> Sammelheizung	

VII. Mehrbedarf nach § 30 SGB XII

1. Besitzt eine der unter II eingetragenen Personen einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "G" oder "aG"? Ausweis beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
2. Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Rentenbescheid bzw. ärztliches Gutachten beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
3. Ist eine dieser Personen schwanger? Mutterschaftspass oder ärztliches Attest beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
4. Benötigt eine dieser Personen eine kostenaufwändige Ernährung? Ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

VIII. Angaben im Zusammenhang mit Kriegseinwirkungen oder Gewalttaten

Die nachfragende Person oder deren Angehörige (bspw. frühere Ehegatten, Kinder etc.) bzw. Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft wurden durch Ereignisse im Zusammenhang mit Kriegseinwirkungen (insbes. Zweiter Weltkrieg) oder Gewalttaten geschädigt bzw. sind gefallen, umgekommen oder vermisst:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geburtsdatum	Sterbedatum	Name, Vorname
Todesursache / Schädigung		Verwandschaftsverhältnis

IX. Kinder, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner etc.

	1	2	3	4
Familienname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandschaftsverhältnis				
Straße/Hausnummer				
PLZ/Wohnort				
Jährliches Einkommen über 100.000 €	<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 <input type="checkbox"/> ja
Arbeitgeber				
Wurde ein Anspruch bereits geltend gemacht?	<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 <input type="checkbox"/> ja

X. Einkünfte monatlich in € und Absetzungen nach § 82 SGB XII

Sie müssen **alle** Einnahmen angeben und deren Höhe mit Nachweisen belegen z. B. mit Verdienstabrechnungen, Kontoauszügen etc. Dies gilt auch für geringe Einkünfte, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Sie müssen auch angeben, falls Sie entsprechende Leistungen beantragt haben.

	Nachfragende Person	Ehepartner/ Lebenspartner/ Lebensgefährtin	Person N° 3	Person N° 4	Person N° 5	Person N° 6	Person N° 7
Altersrente*							
Betriebsrente*							
Erwerbsminderungsrente*							
Kindererziehungsleistungen							
Lastenausgleich (LAG)							
Pension*							
Waisenrente							
Hinterbliebenenrente*							
Ausländische + sonstige Rente*							
Arbeitseinkommen aus selbst. Tätigkeit							
Arbeitslosengeld I bzw. II							
BAB/BAföG							
Erwerbseinkünfte							
Elterngeld							
Leistung der Pflegekasse							
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)							
Kindergeld							
Krankengeld							
Miet- & Pachteinnahmen							
Mutterschaftsgeld							
Steuererstattung							
Unterhaltsleistungen Angehöriger							
Unterhaltsgeld							
Unterhaltsvorschuss							
Wohngeld/ Lastenzuschuss							
Versorgungsleistungen BVG/ OEG/SVG/IfSG							
sonst. Einkommen							

* Die Renten beinhalten **Zeiten freiwilliger Versicherung** nach § 7 SGB VI (bitte Nachweis dazu vorlegen!)

Es wurde Rentenantrag gestellt, über den noch nicht entschieden ist

Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu

Es fließen folgende Sachbezüge zu: freie Verpflegung freie Unterkunft Sonstige, wie nachfolgend erläutert:

Art des Sachbezuges, begünstigte Person, monatlicher Wert:

Die nachfragende Person, der Ehegatte oder ein Haushaltsangehöriger hat früher im **Ausland** gearbeitet und dort Rentenansprüche erworben. Bitte auf extra-Blatt gesondert aufführen!

Aus den Einkünften werden bestritten:

Fahrtkosten zur Arbeit

Gewerkschaftsbeiträge

Private Krankenversicherung

Unfallversicherung

Sterbegeldversicherung

Bestattungsvorsorgevertrag

Haftpflichtversicherung

Hausratversicherung

Altersvorsorgebeiträge

Wasserschadenversicherung

Freiwillige Rentenversicherung

Glasbruchversicherung

!Bitte legen Sie Nachweise zu den angekreuzten Positionen vor!

XI. Vermögen nach § 90 SGB XII

Sämtliche Guthaben / Vermögen (auch kleinster Art) sind anzugeben. Nachweise sind beizufügen.							
	Nachfragende Person	Ehepartner/ Lebenspartner/ Lebensgefährte	Person N° 3	Person N° 4	Person N° 5	Person N° 6	Person N° 7
Bargeld							
Guthaben auf Girokonto							
Kontonummer							
Bank							
Guthaben auf Sparbuch							
Kontonummer							
Bank							
Erbansprüche							
Aktien/Nennwert							
Lebensversicherung o.ä.							
Rückkaufwert							
Bestattungsvorsorgevertrag / Sterbegeldversicherung							
Kfz / Typ							
Baujahr und Kilometerstand							
Grundstück(e) jeder Art, bebaut, unbebaut, auch im Ausland							
Verkehrswert							
sonstiges Vermögen							
Früheres Vermögen: Hat eine der unter II. aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übertragen (z.B. Grundbesitz, Bargeld etc.)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie folgt:							
Schenker							
Begünstigter							
Art und Datum des Rechtsgeschäftes, bitte ausführlich angeben und mit Nachweis belegen!							

XII. Wichtige Hinweise

1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse habe ich wahrheitsgemäß und vollständig gemacht. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, habe ich lückenlos angegeben. Sämtliche Angaben zu Einkünften und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzubezahlen sind. Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Fachbereich Hilfe zur Pflege/Sozialhilfe/Eingliederungshilfe unverzüglich informieren.

2. Mitwirkungspflichten

Mir ist bekannt, dass ich nach § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen angeben muss. Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug oder Ableben von Personen) und eine evtl. Beantragung von Leistungen (z.B. Renten) dem Fachbereich Besondere Soziale Hilfen melden. Weiterhin ist mir bekannt, dass die Hilfe nach §§ 2 SGB XII, 60 ff SGB I wegen nicht nachgewiesener Notlage bzw. fehlender Mitwirkung versagt werden kann, wenn entsprechende Nachweise nicht vorgelegt werden.

3. Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Angaben erfolgt aufgrund der gesetzlichen Aufgaben des SGB XII i. V. m. §§ 60 ff. SGB I, 67 ff. SGB X. Ihre Angaben werden in der EDV gespeichert und insbesondere nach § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII weitergeleitet.

Nach § 93 Abgabenordnung kann das Sozialamt Konten beim Bundeszentralamt für Steuern überprüfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben und bestätige, dass ich o. e. Hinweise gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person	Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährte

Meldebestätigung liegt bei ODER Stellungnahme der Stadt/Gemeinde:

Vorstehende Angaben sind richtig (insbesondere N° II / N° IV / Aufenthaltsverhältnisse)

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel