

Datum der 1. Vorsprache:	Eingang:	Az.:								
<h2 style="margin: 0;">Antrag auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)</h2>										
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII										
Meinen Antrag stelle ich <input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> ab einem späteren Zeitpunkt: _____										
1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen Bei mehr als zwei Personen bitte unter Punkt 2. bzw. auf gesondertem Blatt ergänzen.										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">1. Person</th> <th style="width: 50%;">2. Person</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> Antragsteller/in 1 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Antragsteller/in 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft </td> </tr> </tbody> </table>			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	Antragsteller/in 1		<input type="checkbox"/> Antragsteller/in 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft	
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									
Antragsteller/in 1										
<input type="checkbox"/> Antragsteller/in 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft										
Name	_____	_____								
Vorname	_____	_____								
Geburtsname und frühere Namen	_____	_____								
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (freiwillig: Telefon und E-Mail)	_____									
Geburtsdatum und -ort	_____	_____								
Steuer-ID	_____									
Rentenversicherungs-Nr.	_____									
Postabrechnungs-Nr. der Rente	_____									

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrenntlebend seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden Gericht: _____ rechtskräftig seit: _____ Geschäftszeichen: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrenntlebend seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden Gericht: _____ rechtskräftig seit: _____ Geschäftszeichen: _____
Staatsangehörigkeit	_____	
Besitzen Sie einen Vertriebenenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, § _____ BVFG	
Aufenthaltsrechtlicher Status	Einreise in die BRD: _____ als <input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in, <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> Spätaussiedler <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____	Einreise in die BRD: _____ als <input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in, <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> Spätaussiedler <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____
Planen Sie in den kommenden zwölf Monaten einen Auslandsaufenthalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ab wann und wie lange? _____	
Besteht eine Verpflichtungserklärung nach §68 AufenthG?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Verpflichtungserklärung: _____	
Wurde eine gesetzliche Betreuungsperson bestellt oder ein Bevollmächtigter bestimmt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Falls ja, Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson/ des Bevollmächtigten: _____ _____ _____	
Leben Sie in einer besonderen Wohnform (vormals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wohaben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? _____ _____ _____	

Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Pflegeheim, Krankenhaus, JVA, Therapie-/ Reha-Einrichtung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorder Aufnahme in die Einrichtung gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorder Aufnahme in die Einrichtung gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Sozialleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? <hr/> <hr/> bis wann? <hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? <hr/> <hr/> bis wann? <hr/>

2. Familienverhältnisse im gemeinsamen Haushalt

Außerdem nachfragenden Person und seines Ehegatten/seiner Ehegattin, Partner/indereheähnlichen Gemeinschaft oder Lebenspartner/in leben noch im gemeinsamen Haushalt: z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte (bei mehr als vier Personen bitte Beiblatt verwenden.)

	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Name	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Vorname	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Geschlecht	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Geburtsdatum	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Familienstand	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Staatsangehörigkeit/ aufenthaltsrechtlicher Status	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Verwandtschaftsverhältnis zu Antragsteller/in 1 (A1) Antragsteller/in 2 (A2)	A1: <hr/> A2: <hr/>	A1: <hr/> A2: <hr/>	A1: <hr/> A2: <hr/>	A1: <hr/> A2: <hr/>
Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Art des Einkommens: <hr/> Höhe des mtl. Einkommens: <hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Art des Einkommens: <hr/> Höhe des mtl. Einkommens: <hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Art des Einkommens: <hr/> Höhe des mtl. Einkommens: <hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Art des Einkommens: <hr/> Höhe des mtl. Einkommens: <hr/>

3. Unterhalt

(getrenntlebender oder geschiedener Ehegatten sowie Eltern und Kinder, soweit nicht unter 2 aufgeführt)

3.1 Unterhaltsansprüche gegenüber geschiedenen oder getrenntlebenden Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner/ innen einer Lebenspartnerschaft

	1. Person	2. Person (nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/in ist)
Bestehen Unterhaltsansprüche gegenüber geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner/ innen einer Lebenspartnerschaft?	<p>Nein, Grund:</p> <hr/> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt. <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. <i>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</i> </p>	<p>Nein, Grund:</p> <hr/> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet. <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt. <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. <i>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</i> </p>
Falls ja: Familienname, Vorname des/ der getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten/ Ehegattin bzw. Partners/ Partnerin	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Geburtsdatum	<hr/>	<hr/>
Familienstand	<hr/>	<hr/>
getrennt lebend seit:	<hr/>	<hr/>
Beruf	<hr/>	<hr/>
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (freiwillig: Telefon und Email)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

3.2 Unterhaltsansprüche gegenüber Kinder-Eltern/ Eltern-Kinder

Familienname, Vorname Ihrer Eltern und Kinder	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis zum Antragsteller	Familien- stand	Beruf	Anschrift

(Bei mehr als sechs Personen bitte Beiblatt verwenden.)

Können Sie sich vorstellen, dass eine der genannten Personen ein jährliches Bruttoeinkommen von oder über 100.000 Euro verfügt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Falls ja, geben Sie bitte die Angaben zu den Personen auf einem gesonderten Blatt ab.	Falls ja, geben Sie bitte die Angaben zu den Personen auf einem gesonderten Blatt ab.

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung

4.1 Haus- und Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist zusätzlich die Anlage Rentabilitätsberechnung auszufüllen und beizufügen.

4.2 Bedarfe für die Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/einem Haus leben.

Anzahl der Personen im Haushalt: _____	Wohnfläche (qm): _____	Baujahr des Hauses: _____	Anzahl der Räume: _____
Sind Sie:		Falls Sie nicht Hauptmieter/in der Wohnung sind, Name und Anschrift des Hauptmieters/ der Hauptmieterin:	
<input type="checkbox"/> Hauptmieter/in / Untermieter/in <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer/in (siehe 4.1) <input type="checkbox"/> Hauseigentümer/in (siehe 4.1) <input type="checkbox"/> Nutzungsberichtige/r <input type="checkbox"/> Nießbrauchberichtige/r <input type="checkbox"/> Sie haben freies Wohnrecht		<hr/> <hr/> <hr/>	
Leben Sie in einer Wohngemeinschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kosten der Unterkunft (monatlich)			
Kalmtiete	_____ EUR		
Nebenkosten (ohne Heizung)	_____ EUR		
Bruttokalmtiete der Unterkunft (Miete + Nebenkosten ohne Heizkosten)	_____ EUR		
Pauschalmiete ohne Abrechnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
In den oben genannten Beträgen der Kosten der Unterkunft sind enthalten:			
Kosten für Haushaltsstrom	<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
Kosten für Möblierung/Teilmöblierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: _____ EUR

4.3 Bedarfe für die Heizung – Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/einem Haus leben.

Höhe der monatlichen Heizkosten	_____ EUR
Energieart	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme Sonstige, nämlich: _____
In den monatlichen Heizkosten sind enthalten:	
Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (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
Die Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral(z.B.,„Boiler“)
Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z. B. Durchlauferhitzer/ Boiler) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.4 Monatliche Kosten der Unterkunft in sonstigen Unterkünften (z. B. Pensionszimmer, Obdachlosenunterkunft, Wohnwagen)

Art der Unterkunft	_____
Monatliche Kosten der Unterkunft	_____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR
Gesamtkosten:	_____ EUR

4.5 Mehrbedarf

	1. Person	2. Person
Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor? (Falls ja, bitte Kopie des Feststellungsbescheides oder des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein GdB: _____ Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein GdB: _____ Merkzeichen: _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche (Falls ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht, ist dieser vorzulegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche

4.6 Kranken-/Pflegeversicherung

(Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen.)

	1. Person	2. Person
Wo sind Sie kranken- bzw. pflegeversichert?	Name der Krankenkasse: _____ Mitglied seit: _____	Name der Krankenkasse: _____ Mitglied seit: _____
	Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über _____ <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung	Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über _____ <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung
KV-Mitgliedsnummer	_____	_____
Höhe des monatlichen Beitrags	_____ EUR	_____ EUR
Haben Sie eine ausländische Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?	Name der Krankenkasse: _____ Mitglied von: _____ bis: _____	Name der Krankenkasse: _____ Mitglied von: _____ bis: _____

4.7 Bedarfe der Hilfe zur Pflege

	1. Person	2. Person
Haben Sie bereits einen Pflegegrad? (Bitte Bescheid der Pflegekasse und MDK-Gutachten beifügen)	<input type="checkbox"/> ja Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> nein
Wie wird bzw. wie soll Ihre Versorgung sichergestellt werden?	<input type="checkbox"/> durch Angehörige <input type="checkbox"/> durch einen Pflegedienst <input type="checkbox"/> in einer Tagespflege <input type="checkbox"/> vorübergehend in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> in einer Pflegewohngruppe <input type="checkbox"/> in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> durch Angehörige <input type="checkbox"/> durch einen Pflegedienst <input type="checkbox"/> in einer Tagespflege <input type="checkbox"/> vorübergehend in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> in einer Pflegewohngruppe <input type="checkbox"/> in einer stationären Einrichtung
Name der Pflegeperson/ des Leistungsanbieters/ der Einrichtung	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe? (z. B. ambulante Wohnbetreuung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____

5 Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten zwölf Monate beifügen.)

(z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für zwölf Monate)

5.1 Renteneinkommen

Einkommensart/ Leistung	1. Person	2. Person
Ich erhalte Renten/ Pensionen (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Falls ja,	Bezeichnung/ Rentenart	Monatlicher Betrag in EUR	Bezeichnung/ Rentenart	Monatlicher Betrag in EUR
	_____	_____ (brutto) _____ (netto)	_____	_____ (brutto) _____ (netto)
	_____	_____ (brutto) _____ (netto)	_____	_____ (brutto) _____ (netto)
	_____	_____ (brutto) _____ (netto)	_____	_____ (brutto) _____ (netto)
Betriebsrente/ Werksrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ (brutto) _____ (netto)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ (brutto) _____ (netto)
Ausländische Renten/ Pensionen oder Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ (brutto) _____ (netto)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ (brutto) _____ (netto)
Ich habe eine Rente beantragt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ bei: _____ Versicherungs-Nr.: _____	Welche Rente wurde beantragt? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ bei: _____ Versicherungs-Nr.: _____	Welche Rente wurde beantragt? _____
Ich habe einen Antrag auf Anerkennung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) gestellt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ bei: _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ bei: _____	
Ich habe freiwillige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung/ betriebliche Altersvorsorge eingezahlt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Wenn ja, bitte Nachweise beifügen</i>				
Haben Sie jemals im Ausland gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Zeitraum: _____ Wohnort: _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Zeitraum: _____ Wohnort: _____	
	Waren Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)		Waren Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)	
Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Wenn ja, bitte Nachweise beifügen</i>				

Ich erhalte einen Grundrentenzuschlag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	---	---

5.2 Andere Einkommensarten

Einkommensart/ Leistung	1. Person		2. Person	
		Monatlicher Betrag in EUR		Monatlicher Betrag in EUR
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Entgelt/ Ausbildungsgeld der WfbM	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Krankengeld (einschließlich Arbeitgeberzuschuss)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Sonstige selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert	<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert
Sonstige Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Wohngeld/ Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	<i>Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen</i>			
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z. B. Beschädigtenrente, Hinterbliebenenrente, Waisenrente, Elternrente, Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung, Kriegsopferfürsorge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Entschädigungsrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Leistungen vom Jobcenter (Bürgergeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Leistungen der Arbeits- / Ausbildungsförderung (z. B. Arbeitslosengeld I, BAB, BA-föG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Falls ja, in welcher Höhe: _____ Kindergeld-Nr. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Falls ja, in welcher Höhe: _____ Kindergeld-Nr. _____
Unterhalt/ Zuwendungen von Dritten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
	beantragt am: _____ Pflegegrad: _____	beantragt am: _____ Pflegegrad: _____
Sonstige privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Sonstige Einkünfte aus dem In- und Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____

6. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziffer 5 berücksichtigt)
(Bitte Nachweise beifügen.)

Ausgaben	1. Person		2. Person	
		Monatlicher Betrag in EUR		Monatlicher Betrag in EUR
Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	
Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	
Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	
Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	

Beiträge für Berufsverbände, Gewerkschaften, Sozialverbände o. ä.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Kosten für öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	Entfernung in Kilometer (km): _____		Entfernung in Kilometer (km): _____	
bei Nutzung eines Kfz	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa		<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	

7. Vermögen

(Bitte Nachweisebeifügen!)

Art des Vermögens	1. Person		2. Person	
		Betrag/Wert (EUR)		Betrag/Wert (EUR)
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Girokonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	IBAN: _____		IBAN: _____	
	IBAN: _____		IBAN: _____	
	IBAN: _____		IBAN: _____	
Sonstige Konten (z. B. Sparbuch, Festgeldkonten, Kautionskonto, Sparvertrag, PayPal)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	IBAN: _____		IBAN: _____	
	IBAN: _____		IBAN: _____	
	IBAN: _____		IBAN: _____	
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	Kontonummer: _____		Kontonummer: _____	
	Kreditinstitut: _____		Kreditinstitut: _____	
Wertpapiere/ Aktien/ Pfandbriefe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	Depotnummer: _____		Depotnummer: _____	
	Kreditinstitut: _____		Kreditinstitut: _____	
Schmuck oder Edelmetalle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Sonstiges Vermögen im In- und Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	Vermögensgegenstand: _____		Vermögensgegenstand: _____	
Kraftfahrzeug(e) (Pkw, Lkw, Krad, Wohnwagen, Boot)	Vermögensgegenstand: _____		Vermögensgegenstand: _____	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtliches Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtliches Kennzeichen: _____
	Kilometerstand: _____		Kilometerstand: _____	
	Baujahr: _____		Baujahr: _____	
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente, Rürup-Rente)	Modell/ Typ/ Baujahr: _____		Modell/ Typ/ Baujahr: _____	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____
Sonstige nicht gesetzliche (private) Altersvorsorge	Rückkaufswert: _____ EUR		Rückkaufswert: _____ EUR	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____
	Rückkaufswert: _____ EUR		Rückkaufswert: _____ EUR	
Kapitel- oder Risikolebensversicherungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____
	Rückkaufswert: _____ EUR		Rückkaufswert: _____ EUR	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____
Sterbegeldversicherung	Rückkaufswert: _____ EUR		Rückkaufswert: _____ EUR	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vertragsnummer/ Institut: _____
	Rückkaufswert: _____ EUR		Rückkaufswert: _____ EUR	
Bestattungsvorsorge-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

vertrag oder Grabpflegevertrag	Vertragsnummer/ Institut: _____	Vertragsnummer/ Institut: _____
	Wert: _____ EUR	Wert: _____ EUR
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte (z. B. private Darlehen, Schadensersatz, Anspruch auf Lohnfortzahlungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Art des Anspruchs: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ Art des Anspruchs: _____
	Anspruch gegenüber: _____	Anspruch gegenüber: _____
Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift: _____
	Eigentumsanteil: _____	Eigentumsanteil: _____
	Miteigentümer: _____	Miteigentümer: _____
Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift: _____
	Eigentumsanteil: _____	Eigentumsanteil: _____
	Miteigentümer: _____	Miteigentümer: _____
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altanteilsrechte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
	_____	_____
	_____	_____

8. Vermögensübertragungen

	1. Person	2. Person
Wurde jemals vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altanteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Wann? _____ An wen? _____ Was? _____ In welcher Höhe? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Wann? _____ An wen? _____ Was? _____ In welcher Höhe? _____

9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

	1. Person	2. Person
Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? _____ Welche Einrichtung? <hr/> bisheriger Kostenträger: <hr/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? _____ Welche Einrichtung? <hr/> bisheriger Kostenträger: <hr/>

10. Eventuell zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

(Leistungen nach dem SGB XII werden in der Regel auf ein Konto überwiesen)

Bankverbindung	
Name, Vorname des Kontoinhabers	
IBAN	
BIC	
Name und Sitz des Geldinstituts	
Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto (P-Konto)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei Hilfe zur Pflege:

- Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungen der Hilfe zur Pflege direkt an den Pflegeanbieter (Pflegedienst, Betreiber Pflegewohngruppe, stationäre Einrichtung) überwiesen werden.

11. Begründung des Antrags und weitere Hinweise

Bescheide in Angelegenheiten der Sozialhilfe sollen an die nachstehende Person gesandt werden:

Name, Vorname	
Anschrift	

Die übrigen in diesem Antrag genannten Personen werden von dieser Person informiert.

E r k l ä r u n g

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu zustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch – SGB I).

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 3. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhausaufenthalte -) auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I) mitteilen.

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann (§ 66 SGB I). Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGB X, § 103 SGB XII). Ich bin unterrichtet, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete in gesetzlich zulässigem Umfang auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können.

Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden

Hiermit bestätige ich, dass

- ich das Merkblatt „Datenschutzrechtliche Hinweise nach Artikel 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zum Antrag auf Sozialhilfe“ zur Kenntnis genommen habe.
- ich darüber informiert worden bin, dass ich bei einem länger als 4 Wochen ununterbrochen dauernden Aufenthalt im Ausland, nach Ablauf der vierten Woche keinen Anspruch mehr auf Sozialleistungen habe und eine erneute Leistungsgewährung erst bei nachgewiesener Rückkehr aus dem Ausland erfolgen kann.

Ich beauftrage das jeweils kontoführende Geldinstitut, zu Unrecht erbrachte Beträge der hilfegewährenden Stelle zu erstatten, soweit das Guthaben ausreicht.

Ich bevollmächtige _____ zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum	Unterschrift Antragsteller/ in (1. Person)	Unterschrift (2. Person)
-------	--	--------------------------

Unterschrift Sachbearbeiter/ in

Hinweise zum Antrag auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Allgemeines:

Hilfen zum Lebensunterhalt werden nach den Regelungen des 3. Kapitels des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) gewährt.

Leistungsberechtigt nach dem 3. Kapitel SGB XII ist, wer seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten kann. Diese Voraussetzung ist identisch mit denen des Arbeitslosengelds II (SGB II) für erwerbsfähige Personen und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) für ältere und dauerhaft erwerbsgeminderte Personen. Die Hilfe zum Lebensunterhalt kommt daher nur z.B. für Personen, die befristet erwerbsunfähig, unter 15 Jahre alt oder vorrausichtlich länger als 6 Monate stationär untergebracht sind, in Betracht.

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden nach den Regelungen des 4. Kapitels des SGB XII gewährt.

Leistungsberechtigt wegen Alters kann nur sein, wer die Altersgrenze erreicht hat. Die Geburtsjahrgänge bis 1946 haben die Altersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreicht. Die Geburtsjahrgänge 1947, 1948 usw. bis Geburtsjahrgang 1957 erreichen die Altersgrenze mit Vollendung eines Lebensalters von 65 Jahren und einem Monat bzw. zwei usw. bis elf Monaten (Beispiele: Geburtstag 9. August 1947 – Altersgrenze erreicht am 9. September 2012, Geburtstag am 31. Juli 1948 – Altersgrenze erreicht am 30. September 2013, Geburtstag am 30. August 1952 – Altersgrenze erreicht am 28. Februar 2018).

Leistungsberechtigt wegen einer dauerhaften, vollen Erwerbsminderung kann sein, wer das 18. Lebensjahr vollendet, aber noch nicht das 65. Lebensjahr sowie die vom Geburtsjahrgang abhängigen zusätzlichen Lebensmonate vollendet hat. Zudem muss es sich um eine dauerhafte, volle Erwerbsminderung – unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage – handeln und es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

Die Feststellung, ob diese Voraussetzung vorliegt, trifft der zuständige Rentenversicherungsträger in einem Gutachten.

Leistungsberechtigt kann aber auch sein, wer:

- im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) beschäftigt ist oder
- das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) durchläuft oder
- eine betriebliche Ausbildung absolviert, für die ein

Budget für Ausbildung (§ 61a SGB IX) gezahlt wird oder

- ein Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) bezieht oder
- eine Tagesförderstätte oder eine Maßnahme der Teilhabe am arbeitsweltlichen Kontext (TaK) besucht.

Allerdings stehen Leistungen der Grundsicherung nur dann zu, wenn das Einkommen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken, und auch Vermögen nicht einzusetzen ist.

Leben Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft zusammen, so wird auch das Einkommen und Vermögen des bzw. der Anderen berücksichtigt.

Darüber hinaus kann die Unterhaltpflicht des getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartners eine Rolle spielen. Die Unterhaltpflicht von Eltern und Kindern bleibt dagegen unberücksichtigt, es sei denn, dass im Einzelfall ein sehr hohes Einkommen vorhanden ist (**jährlich 100.000 EUR brutto oder mehr je Unterhaltsverpflichteten**).

Keinen Anspruch auf Grundsicherung haben Personen, die ihre Bedürftigkeit in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Der Antrag enthält viele leistungsrelevante Fragen, die für die Bearbeitung erforderlich sind. Durch sorgfältiges Ausfüllen vermeiden Sie Nachfragen und damit zeitliche Nachteile.

Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen (§ 41a SGB XII). Das heißt Grundsicherungsleistungen können bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt längstens für vier Wochen geleistet werden. Für Zeiten über diese vier Wochen hinaus, entfällt der Anspruch auf Grundsicherungsleistung bis zur nachgewiesenen Rückkehr aus dem Ausland. Auslandsaufenthalte mit Dauer über vier Wochen hinaus sind daher rechtzeitig im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht anzuzeigen.

Bei der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII handelt es sich um eine weitere Form der Sozialhilfe, die pflegebedürftigen Personen zusteht, wenn sie die für die Pflege benötigten Mittel durch die Leistungen der Pflegekasse bzw. eigenes Einkommen und Vermögen nicht oder nicht vollständig decken können. Ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht auch dann, wenn eine Person nicht pflegeversichert ist. Die Gewährung von Hilfe zur Pflege kommt insbesondere bei der Versorgung durch einen Pflegedienst, dem Besuch einer Tagespflege oder bei der

Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung oder Pflegewohngruppe in Betracht. Die Leistungen sind einkommens- und vermögensabhängig.

Zu 1: Persönliche Verhältnisse

Eine *eheähnliche Gemeinschaft* besteht zwischen zusammenlebenden und wirtschaftenden Partnern unabhängig vom Geschlecht, die füreinander einstehen und sich füreinander verantwortlich fühlen. „Lebenspartner“ sind eingetragene Partner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Bei mehr als zwei Personen in Ihrem Haushalt machen Sie bitte unter Punkt 2 bzw. auf einem separaten Blatt zusätzliche Angaben!

Für die Klärung der Zuständigkeitsfrage ist es wichtig, die Aufenthaltsverhältnisse vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus u. a. m.) darzulegen.

Darüber hinaus ist z. B. bei Umzug wichtig, ob am bisherigen Wohnort bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt wurden.

Zu 3: Unterhalt

Nach § 94 Abs. 1a SGB XII bleiben Unterhaltsansprüche einer grundsicherungsberechtigten Person gegenüber ihren Kindern und Eltern grundsätzlich unberücksichtigt, sofern deren jährliches Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV (steuerrechtliches Gesamteinkommen) jeweils unter dem Betrag von 100.000 EUR jährlich liegen. Das Einkommen mehrerer Personen wird nicht zusammengerechnet. Sofern Anhaltspunkte vorliegen, dass die Einkommensgrenze von **100.000 EUR brutto** erreicht oder überschritten wird, kann verlangt werden, dass die Daten der betreffenden Personen angegeben werden, um das Vorliegen möglicher Unterhaltsansprüche zu prüfen. Die Sozialleistungen werden davon zunächst unabhängig gewährt.

Unterhaltsansprüche bei getrennt Lebenden oder Geschiedenen sind generell zu verfolgen.

Zu 4.2: Kosten der Unterkunft

Zur Grundsicherung gehören auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung. Ohne Beantwortung dieser Fragen ist keine Bedarfsberechnung möglich.

Wenn Sie Fragen haben zur Höhe der Angemessenheit oder eine neue Wohnung suchen, so lassen Sie sich bitte beraten. Es wird empfohlen, vor Abschluss eines neuen Mietvertrages die Zustimmung dazu einzuholen, da nur bei vorheriger Zustimmung die angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie für Wohnungsbeschaffungskosten, Mietkautionen und Umzugskosten übernommen werden können.

Bei dauerhaftem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus u. a. m.) können Fragen zu Unterkunft und Heizung unbeantwortet bleiben, da hier ein Durchschnittsbetrag angesetzt wird.

Zu 4.5–4.6: Weitere Bedarfe, Persönliche Situation Im Einzelfall können auch weitere Bedarfe berücksichtigt werden wie:

- Mehrbedarfe für Personen, die die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII erreicht haben oder die Altersgrenze noch nicht erreicht haben, voll erwerbsgemindert sind und einen Feststellungsbescheid mit dem Merkmal „G“ oder „aG“ haben; für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche; für Personen mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, ein ernährungsbedingter Mehrbedarf, wenn der Ernährungsbedarf aus medizinischen Gründen von allgemeinen Ernährungsempfehlungen abweicht und die Aufwendungen für die Ernährung deshalb unausweichlich und in mehr als geringem Umfang oberhalb eines durchschnittlichen Bedarfs für Ernährung liegen (4.5). Auch als Mehrbedarfe anzuerkennen sind Aufwendungen von Schülern zur Anschaffung oder Ausleihe von Schulbüchern oder gleichstehenden Arbeitsheften, soweit diese aufgrund der jeweiligen schulrechtlichen Bestimmungen oder schulischen Vorgaben entstehen.
- Angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (4.6). Sofern keine gesetzliche, freiwillig gesetzliche, private oder ausländische Versicherung besteht, kann der Sozialhilfeträger die Kosten für Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung übernehmen (§ 264 SGB V). Hierzu eine Klärung mit dem jeweiligen Träger der Sozialhilfe erforderlich. Im Regelfall erfolgt eine Aufnahme bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund von weiteren Angaben zur persönlichen Situation (11) kann durch eine Beratung auch geklärt werden, ob weitere Bedarfe bestehen, die zu berücksichtigen sind.

Zu 5: Einkommen

Die Sozialleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens.

Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert.

Soweit eine spezielle Einkommensart im Vordruck nicht aufgeführt sein sollte, ist dieses Einkommen unter *Sonstige Einkünfte* zu erfassen.

Eine Entscheidung, ob es sich um berücksichtigendes Einkommen handelt, trifft Ihre Sachbearbeiterin bzw. Ihr Sachbearbeiter im Rahmen der rechtlichen Regelungen.

Zu 6: Vom Einkommen eventuell absetzbare Beiträge

Ihr anzurechnendes Einkommen verringert sich u. a. durch gezahlte Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen werden nur abgesetzt, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Werbungskosten werden abgesetzt, soweit sie zur Erzielung des Einkommens notwendig sind.

Übergangsregelung zum Freibetrag bei Grund-rentenzeiten und vergleichbaren Zeiten

Nach § 143 SGB XII hat der Träger für die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ohne Berücksichtigung eines eventuellen Freibetrages nach § 82a SGB XII zu entscheiden, solange ihm nicht durch eine Mitteilung des Rentenversicherungs-trägers oder berufsständischer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen nachgewiesen ist, dass die Voraussetzungen für die Einräumung des Freibetrages vorliegen.

Zu 7: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokon-ten) und sonstiges Vermögen

Leistungen nach dem SGB XII sind abhängig von vorhandenem Vermögen. Zum Vermögen gehört das gesamte verwertbare Vermögen. Es ist daher Ihre Pflicht, **sämtliche Vermögenswerte** anzugeben, auch wenn Sie der Ansicht sein sollten, dass einzelne Vermögensbestandteile nicht relevant sind.

Eine Entscheidung, ob es sich um zu berücksichtigendes Vermögen handelt, trifft Ihre Sachbearbeiterin bzw. Ihr Sachbearbeiter im Rahmen der rechtlichen Regelungen.

Bitte geben Sie hier auch an, wenn Sie noch Ansprüche gegen Dritte haben, z.B. Erbansprüche, Rückforderungen aus Verträgen oder Schenkungen o.ä.).

Ihr Vermögen darf auch während des Leistungsbezu-ges die o. g. Schonbeträge **nicht** übersteigen. Hierzu zählt auch, wenn Sie die Vermögensschonbeträge durch Anspарungen aus Sozialleistungen überschrei-ten. Sollten Sie über mehr Vermögen verfügen, müs-sen Sie dies Ihrer zuständigen Sachbearbeiterin / Ih-rem zuständigen Sachbearbeiter **umgehend** mittei-len.

Andernfalls kann es zu nicht unerheblichen **Rückfor-derungen** kommen, ggf. sind die vollständigen Sozi-alleistungen für mehrere Monate von Ihnen zu erstat-ten, unabhängig von der Höhe Ihres tatsächlichen Vermögens.

Zu 8: Vermögensübertragungen

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewer-tung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z. B. Schenkung, Überga-bevertrag, Altanteil, vorweggenommene Erbfolge) er-geben können.