

Datum der 1. Vorsprache:	Eingang:	Az.:
--------------------------	----------	------

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

- ☐ Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII
☐ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII
☐ Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII

Meinen Antrag stelle ich

- ☐ ab sofort
☐ ab einem späteren Zeitpunkt: _____

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

Bei mehr als zwei Personen bitte unter Punkt 2. bzw. auf gesondertem Blatt ergänzen.

	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	<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? _____	<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: _____	<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 Bestellungs- urkunde beifügen) Name und Anschrift der bestellten Betreu- ungsperson/ des Bevollmächtigten: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Falls ja, Kopie der Bestellungs- urkunde beifügen) Name und Anschrift der bestellten Betreu- ungsperson/ des Bevollmächtigten: _____ _____ _____
Leben Sie in einer besonderen Wohnform (vormals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben 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/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorder Aufnahme in die Einrichtung gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? <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/in der/eheähnlichen 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 gegen 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. </p> <p><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. </p> <p><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	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
(freiwillig: Telefon und Email)	<hr/>	<hr/>

3.2 Unterhaltsansprüche gegenüber Kinder-Eltern/ Eltern-Kinder

Familienname, Vorname Ihrer Eltern und Kinder	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller	Familienstand	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 Falls ja, geben Sie bitte die Angaben zu den Personen auf einem gesonderten Blatt ab.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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: <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"/> Nutzungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Nießbrauchberechtigte/r <input type="checkbox"/> Sie haben freies Wohnrecht		Falls Sie nicht Hauptmieter/in der Wohnung sind, Name und Anschrift des Hauptmieters/ der Hauptmieterin: _____ _____ _____	
Leben Sie in einer Wohngemeinschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kosten der Unterkunft (monatlich)	
Kaltmiete	_____ EUR
Nebenkosten (ohne Heizung)	_____ EUR
Bruttokaltmiete 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? <i>(Falls ja, bitte Kopie des Feststellungsbescheides oder des Ausweises beifügen!)</i>	<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?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i> </div>	
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 <i>(Falls ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht, ist dieser vorzulegen)</i>	<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: _____ Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über _____ <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung	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
KV-Mitgliedsnummer	_____	_____
Höhe des monatlichen Beitrags	_____ EUR	_____ EUR
Haben Sie eine ausländische Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?	Name der Krankenkasse: <hr/> Mitglied von: <hr/> bis: <hr/>	Name der Krankenkasse: <hr/> Mitglied von: <hr/> bis: <hr/>

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	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe? (z. B. ambulante Wohnbetreuung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? <hr/> <hr/>

- 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)	_____	_____ (brutto)
	_____	_____ (netto)	_____	_____ (netto)
	_____	_____ (brutto)	_____	_____ (brutto)
	_____	_____ (netto)	_____	_____ (netto)
	_____	_____ (brutto)	_____	_____ (brutto)
	_____	_____ (netto)	_____	_____ (netto)
Betriebsrente/ Werks- rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ (brutto) _____ (netto)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ (brutto) _____ (netto)
Ausländische Ren- ten/ 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 Opferentschädi- gungsgesetz (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 Bei- träge in die gesetzliche Rentenversicherung/ betriebliche Alters- vorsorge 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: _____ _____ _____ _____ Waren Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)</i>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Zeitraum: _____ Wohnort: _____ _____ _____ _____ Waren Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)</i>	
Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrenten- zeiten bzw. vergleich- baren 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, BAföG)	<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	_____	<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. _____		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	_____
Haftpflchtversicherung	<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 Nachweise beifügen!)

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. Spargbuch, 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: _____
	Vermögensgegenstand: _____	Vermögensgegenstand: _____
Kraftfahrzeug(e) (Pkw, Lkw, Krad, Wohn- wagen, Boot)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein amtliches Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein amtliches Kennzeichen: _____
	Kilometerstand: _____	Kilometerstand: _____
	Baujahr: _____	Baujahr: _____
	Modell/ Typ/ Baujahr: _____	Modell/ Typ/ Baujahr: _____
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente, Rürup- Rente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vertragsnummer/ Institut: _____	Vertragsnummer/ Institut: _____
	Rückkaufswert: _____ EUR	Rückkaufswert: _____ EUR
Sonstige nicht gesetz- liche (private) Alters- vorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vertragsnummer/ Institut: _____	Vertragsnummer/ Institut: _____
	Rückkaufswert: _____ EUR	Rückkaufswert: _____ EUR
Kapitel- oder Risiko- lebensversicherun- gen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vertragsnummer/ Institut: _____	Vertragsnummer/ Institut: _____
	Rückkaufswert: _____ EUR	Rückkaufswert: _____ EUR
Sterbegeldversiche- rung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vertragsnummer/ Institut: _____	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	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
	Art des Anspruchs: _____		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		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anschrift: _____		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		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anschrift: _____		Anschrift: _____	
	Eigentumsanteil: _____		Eigentumsanteil: _____	
	Miteigentümer: _____		Miteigentümer: _____	
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<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, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag	<input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag
	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigelegte Urkunde	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigelegte Urkunde
	Falls ja:	Falls ja:
	Wann? _____	Wann? _____
	An wen? _____	An wen? _____
	Was? _____	Was? _____
	In welcher Höhe? _____	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? _____ bisheriger Kostenträger: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? _____ Welche Einrichtung? _____ bisheriger Kostenträger: _____

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	<hr/>
IBAN	<hr/>
BIC	<hr/>
Name und Sitz des Geldinstituts	<hr/>
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

[illegible]

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.

Erklärung

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 zuzustimmen (§ 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 voraussichtlich 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 Unterhaltungspflicht des getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartners eine Rolle spielen. Die Unterhaltungspflicht 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 eintreten 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 Bedarfsbemessung 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 Beträge

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 Grundrentenzeiten 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 Rentenversicherungsträgers oder berufsständischer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen nachgewiesen ist, dass die Voraussetzungen für die Einräumung des Freibetrages vorliegen.

Zu 7: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) 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. Erbsprüche, Rückforderungen aus Verträgen oder Schenkungen o.ä.).

Ihr Vermögen darf auch während des Leistungsbezuges die o. g. Schonbeträge **nicht** übersteigen. Hierzu zählt auch, wenn Sie die Vermögensschonbeträge durch Ansparungen aus Sozialleistungen überschreiten. Sollten Sie über mehr Vermögen verfügen, müssen Sie dies Ihrer zuständigen Sachbearbeiterin / Ihrem zuständigen Sachbearbeiter **umgehend** mitteilen.

Andernfalls kann es zu nicht unerheblichen **Rückforderungen** kommen, ggf. sind die vollständigen Sozialleistungen für mehrere Monate von Ihnen zu erstatten, unabhängig von der Höhe Ihres tatsächlichen Vermögens.

Zu 8: Vermögensübertragungen

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewertung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.