

KREIS SOEST

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

aufgenommen am: _____

Bekanntgabe: _____

Aktenzeichen: _____

Ich beantrage: Art der Hilfe

1. Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personenkreisen						
	01 <input type="checkbox"/> Hilfesuchender (HS) <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand (HV bei HLU)	02 <input type="checkbox"/> nicht getrennt lebend. Eheg. <input type="checkbox"/> Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Vater bei unverh. Minderj.	03 <input type="checkbox"/> Mutter bei unverhei- rateten Minderj.			
Name						
Vorname						
geb./verw./geschiedene						
Geburtsdatum						
Geburtsort						
Familienstand						
Staatsangehörigkeit						
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, Telefon)						
Vertriebenenausweis						
Sozialvers.-Ausweisnr.						
hinterlegt bei						
erlernter Beruf z. Z. bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit						
letzter Arbeitgeber: (bei Schülern Ausbildungsstätte)						
Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anschrift(en)						
Aufgabenkreis(e)						
Vormundschaftsgericht/ Geschäftszeichen						
Schwerbehinderten- ausweis?	vom: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt MdE v. H.	vom: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt MdE v. H.	vom: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt MdE v. H.			
2. Angehörige und sonstige Personen im Haushalt des Hilfesuchenden (HS) bzw. des Haushaltsvorstandes (HV)						
Nr.	Name, Vorname	geb. am	Stellung zum HS/HV	Fam.-Stand	Beruf/Ausbildungsst.	Arbeitgeber
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
2.1 Minderjährige Kinder außerhalb des Haushalts			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Name, Vorname	Geburtsdat.	Geburtsort	Anschrift

3. Unterhaltsansprüche (hier sind getrennt lebender oder geschiedener Ehegatte sowie Kinder u. Eltern anzugeben)					
	Name, Vorname	Geb.-Dat.	Stellung zum HS		Anschrift
			Pers.	Verhältn.	
3.1 Zusatzangaben zum getrennt lebenden o. geschiedenen Ehegatten (Nachweise sind vorzulegen: Urteile, Schriftverkehr etc.)					
<p>getrennt lebend seit: Eheschließung am:</p> <p><input type="checkbox"/> mit der Unterhaltsangelegenheit beauftragter Anwalt</p> <p><input type="checkbox"/> ein Anwalt wurde nicht mit der Angelegenheit betraut, weil</p> <p><input type="checkbox"/> einstweilige Anordnung wurde beantragt am</p> <p>geschieden durch Urteil des vom rechtskräftig seit Geschäfts.z.:</p> <p>Begründung des Unterhaltsanspruches</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsurteil <input type="checkbox"/> Unterhaltsverzicht vom</p>					
3.2 Wurden Ansprüche dem Kindesvater gegenüber geltend gemacht nach § 1615 k BGB? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
§ 1615 l BGB? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
4. Aufenthaltsverhältnisse im letzten Jahr (§ 103 ff. BSHG beachten!)					
	vom bis	Straße, Hs.-Nr., Wohnort		Grund des Wechsels	
				Wurde am letzten Wohnort Sozialhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				Wer hat die Umzugskosten getragen?	
4.1 Aufenthaltsverhältnisse bei Anstaltsunterbringung (§ 103 f BSHG)					
	von	bis	Name der Anstalt		
5. Grenzübertritt aus dem Ausland (§ 108 BSHG beachten!)					
Tag und Ort des Übertritts: Personenkreis gem. § 108 Abs. 6 BSHG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ist ein Familienmitglied bereits früher aus dem Ausland gekommen?					
Anschrift:					
Familienmitglied, das als ältestes in der Bundesrepublik oder im Land Berlin geboren ist					
Name und Vorname: Geburtsort:					
6. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind					
	Person	Staatsangehörigkeit	ausländerrechtl. Status	Aufenthaltsgenehmigung/ Aufenthaltsgestattung	

7.	Wohnverhältnisse		
	<input type="checkbox"/> Haus/Wohneigentum (siehe Rentabilitätsberechnung) (Name u. Anschrift des Vermieters <input type="checkbox"/> Mietwohnung sh. Mitbescheinigung/Mietvertrag:) <input type="checkbox"/> mietfreies Wohnen (Grund z. B. § 16 BSHG, eingetragenes Wohnrecht etc.:) <input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigung über m ² Wohnfläche (siehe Gebührenbescheid) Mieter der Wohnung Wohnungsgröße: Räume m ² 0,00 EUR Gesamtmiete ohne Heizung Untervermietung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (siehe Untervermietervertrag) 0,00 EUR Einnahmen aus Untervermietung Mit dem Vermieter verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (=) Wohngeld/Lastenzuschuss bewilligt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 0,00 EUR bis zum Datum Vergünstigungen der Schwerbehinderung ausgeschöpft? <input type="checkbox"/> nein (ggf. veranlassen) <input type="checkbox"/> ja Heizungsart: ; Warmwasseraufbereitung: ; Kochenergie		
	Bestehen Mietschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von 0,00 EUR für Zeitraum Ist der Vertrag gekündigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von wem? Ist Räumungsklage erhoben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Klagezustellung war am Datum Ist Räumungstermin festgesetzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja zum Wurde die Miete des lfd. Monats gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ich bin mit der Abzweigung an den Vermietern einverstanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, warum nicht? Bankverbindung des Vermieters:		
8.	Ansprüche gegen Dritte		
8.1	Ansprüche aus der Rentenversicherung		
	Bestehen evtl. Ansprüche aus (wenn ja, Vordruck ausfüllen) 1. eigenen Versicherungszeiten (Altersruhegeld, EU-Rente, BU-Rente, Unfallrente, sonstige Renten) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2. Versicherung des Ehegatten/der Eltern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8.2	Ansprüche aus der Krankenversicherung		
	Nichtversichert: Person: Grund: Krankenversicherung besteht wie folgt:		
	Pers.	versichert bei	wie (z. B. Familienvers., freiwillig o. ä.)? bis
	Besteht zusätzlicher Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Besteht Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Bestimmungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		

8.3 Ansprüche nach dem Arbeitsförderungsgesetz						
Pers		arbeitslos arbeitssuchend gemeldet		ja	nein	dazu aufgefordert
Bestehen evtl. Ansprüche auf Leistungen nach AFG? (Alg/Alhi/UHG/EGH/BAB/KauG)						
Pers		ja	Art	nein	Grund	
8.4 Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (falls mit ja geantwortet wird, Abgabe an die KOF-Stelle)						
Kriegsbeschädigung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pers. MdE v. H.						
Sind Ehegatte oder Kinder im Krieg gefallen oder an Schädigungsfolgen gestorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich						
Sonstige Berechtigte MdE v. H.						
8.5 Sonstige Ansprüche (z. B. aus Vertrag, Verkehrsunfall, Versorgungsausgleich)						

9.	Einkommen (zahlenmäßige Berechnung lt. Anlage)						
9.1	Der/Die Hilfesuchende/n verfügen über folgendes Einkommen:						
	1.	Nettoerwerbseinkommen aus nichtselbst. Tätigkeit	13.3	Entschädigungsrente			
	2.	Nebeneinkünfte	14.	Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz			
	3.	Steuererstattung	14.1	Arbeitslosengeld			
	4.	Weihnachtsgeld	14.2	Arbeitslosenhilfe			
	5.	Urlaubsgeld	14.3	Berufsausbildungsbeihilfe			
	6.	Land- und Forstwirtschaft	14.4	sonstiges			
	7.	Gewerbebetrieb	15.	Leistungen der Krankenkasse			
	8.	Kapitalvermögen	15.1	Krankengeld			
	9.	Vermietung/Verpachtung (sh. Rentabilitätsberechnung)	15.2	Übergangsgeld			
			15.3	Pflegegeld			
	10.	sonstige selbständige Tätigkeit	15.4	sonstiges (ggf. beschreiben)			
	11.	Renten	16.	Leistungen aufgrund Übertragsvertrag (sh. entsprechender Vertrag)			
	11.1	Berufsunfähigkeitsrente					
	11.2	Erwerbsunfähigkeitsrente	17.	Freiwillige Zuwendungen von 3. Seite			
	11.3	Altersruhegeld	18.	Unterhaltsbeiträge			
	11.4	Unfallrente	19.	Sachbezüge			
	11.5	landwirtschaftl. Altersruhegeld	20.	Leistungen nach dem BAföG			
	11.6	Witwenrente	21.	Leistungen nach dem UBG-NW			
	11.7	Waisenrente	22.	Leistungen nach dem UVG			
	11.8	Kinderzuschuss/-zulage zu 11.1 – 11.4	23.	Leistungen nach dem USG			
	11.9	Pflegegeld zu 11.4	24.	Kindergeld			
	11.10	Werksrente	25.	Kindergeldzuschlag			
	11.11	Zusatzrente	26.	Erziehungsgeld			
	11.12	sonstige Renten/Pensionen	27.	sonstige Einkommen			
	12.	Leistungen nach d. Bundesversorgungsgesetz		_____			
	12.1	Grundrente		_____			
	12.2	sonstige (ggf. erläutern)		_____			
	13.	Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz	28.	Landeshilfe für hochgradig Sehschwache			
	13.1	Unterhaltshilfe	29	Landesblindengeld			
	13.2	Pflegegeld	30..	Pflegegeld nach dem BSHG			
	Pers.	Einkommen lt. o. a. Ziffer	Zahlstelle (ggf. RZ, Rg-Nr. eintragen)		Pers.	Einkommen lt. o. a. Ziffer	Zahlstelle (ggf. RZ, Rg-Nr. eintragen)
9.2	Der/Die Hilfesuchende/n verfügen über kein Einkommen <input type="checkbox"/>						
9.3	Folgende Einkünfte sind beantragt			werden beantragt			
	Pers.	Art und Datum		Art			

10.	Bereinigung des Einkommens/Versicherungen (Die Belastungen sind durch Vorlage von Policen, Beitragsbescheinigungen, Rechnungen etc. zu belegen)				
------------	---	--	--	--	--

ja	nein		Pers.-Nr.:	Pers.-Nr.:	Pers.-Nr.:
		Versicherungen Hausratversicherung			
		freiwillige Krankenversicherung			
		freiwillige Rentenversicherung			
		Kfz-Haftpflichtversicherung			
		private Haftpflichtversicherung			
		Sterbeversicherung			
		Unfallversicherung			
		Arbeitsmittel Pauschale			
		nach Einzelnachweis			
		Fahrtkosten zur Arbeitsstelle			
		öffentliche Verkehrsmittel (Fahrkarte)	km	km	km
		Pkw/Mofa/Motorrad			
		Gewerkschaftsbeitrag			
		Sonstiges			
Sonstige Belastungen (Vermögensprüfung)					
		Ausbildungsversicherung/Fällig.			
		Aussteuerversicherung/Fällig.			
		Kapitallebensversicherung/Fällig.			
		Risikolebensversicherung			
		Bausparvertrag/Fällig.			
		Investmentsparen/Fällig.			
		sonstige Lebensversicherung/Fällig.			
		Krankenhaustagegeld/EUR/Tag			
		Kfz-Steuer/Betrag			
		Kfz-(Voll-/Teil-)Kasko			

11.	Vermögen der unter 1 und 2 genannten Personen (Die näheren „Einzelheiten“ wie Vermögensinhaber, Wert, Kontostand, Kontobewegungen usw., sind jeweils belegen zu lassen)
------------	---

ja	nein	Vermögen	Personen / Erläuterungen
		Hausbesitz in	
		Grundbesitz in	
		Haus- und/oder Grundbesitz wurde übertragen. Was, wann, an wen (Vertrag)	
		Sparguthaben/Betrag/Festgelder	
		Rückkaufswerte aus: - Bausparvertrag/Wert	
		- Lebensversicherung/Wert	
		sonstige Geldanlagen	
		Erbansprüche, welche?	
		Forderungen, welche?	
		(1) Lkw / (2) PKW / (3) Motorrad etc. (4) Wohnwagen / (5) Wohnmobil Kennzeichen, Typ, Baujahr	
		Zum Verkehr zugelassen ja/nein	
		Sicherheitsübereignet ja/nein, wem	
		Vermögen wurde überlassen/übertragen: Was, wann, an wen?	
		Sonstiges	

12.	Folgende Maßnahmen wurden von den unter 1 und 2 genannten Personen zur Vermeidung der Sozialhilfebedürftigkeit ergriffen: (z. B. arbeitssuchend gemeldet, Umschulung, Darlehensaufnahme etc.)
13.	Mit einer Änderung der persönlichen/wirtschaftlichen Verhältnisse ist in absehbarer Zeit zu rechnen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar, weil (Gründe für die Nichterwerbstätigkeit sind bei den erwerbsfähigen Personen anzugeben)
Antragsbegründung (Bei Anträgen auf HzLU außerhalb von Anstalten zusätzlich vermerken, wie in der Vergangenheit der Lebensunterhalt sichergestellt wurde und welche weiteren Selbsthilfemöglichkeiten der HS wahrnehmen wird, um zukünftig wieder unabhängig von der Sozialhilfe zu leben.)	

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Konto
Sparkasse
Bank
Postscheckamt
Bankleitzahl

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers die Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 1 –SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in meinen Verhältnissen mitzuteilen, 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). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Die Verarbeitung der anzugebenden personenbezogenen Daten im Sinne von § 2 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz sowie künftige Änderungen dieser Daten ist mir bekannt.

Aufgenommen durch:

--	--	--

Hilfesuchender oder
sein gesetzlicher Vertreter

Ehegatte