

Eingang	Angaben zur Weitergewährung von Leistungen nach dem SGB XII	Aktenzeichen:
---------	--	---------------

Hinweis:
Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. **Alle Fragen sind zu beantworten / anzukreuzen / zu „entwerten“.**

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die datenerhebende Stelle.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 12 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf Seite 12 zu bestätigen.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen
bei mehr als zwei Personen bitte unter Punkt 2. bzw. auf gesonderten 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
	Antragstellende Person 1	<input type="checkbox"/> Antragstellende Person 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		
Ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Telefon oder eMail Adresse für Rückfragen (freiwillig)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
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? _____

2. Familienverhältnisse

Außer der nachfragenden Person und der Ehegatten/der 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				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtl. Status				
Leistungen der Eingliederungshilfe? (z. B. WfbM, Tagesstätte)				
Verwandtschafts- verhältnis zu Antragsteller/in 1 (A1) Antragsteller/in 2 (A2)	A1: _____ A2: _____	A1: _____ A2: _____	A1: _____ A2: _____	A1: _____ A2: _____

3. Unterhalt

	1. Person	2. Person (nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/in ist)
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und Kindern (leiblich oder adoptiert) ausgeübt?	Elternteil 1: _____ Elternteil 2: _____ Kind 1: _____ Kind 2: _____ weitere Kinder: _____	Elternteil 1: _____ Elternteil 2: _____ Kind 1: _____ Kind 2: _____ weitere Kinder: _____
Können Sie sich vorstellen, dass eine der genannten Personen ein jährliches Einkommen von mehr als 100.000 Euro im Jahr hat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche Person(en)? _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche Person(en)? _____ _____

Weitergewährungsantrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

	1. Person	2. Person (nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/in ist)
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner/innen einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <hr/> <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird 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>	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <hr/> <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird 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>
Falls ja: Familienname, Vorname des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Ehegattin bzw. Partners/Partnerin	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Anschrift: Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Jährliches Einkommen des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Ehegattin bzw. Partners/ Partnerin in EUR	<hr/>	<hr/>

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung

Sofern Sie in einer „**besonderen Wohnform**“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben, füllen Sie bitte **nur 4.4** aus.

4.1 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: _____
Sie sind: <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer/in (siehe 4.3.) <input type="checkbox"/> Hauseigentümer/in (siehe 4.3) <input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Nießbrauchsrechtigte/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)

Kaltniete	_____ EUR
Nebenkosten (ohne Heizung)	_____ EUR
Gesamtkosten der Unterkunft (Bruttokaltniete)	_____ EUR
In den oben genannten Beträgen der Kosten der Unterkunft sind enthalten:	
Kosten für Haushaltsstrom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Schönheitsreparaturen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für den Fernsehempfang über Kabel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Möblierung/Teilmöblierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR

4.2 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 <input type="checkbox"/> sonstige, nämlich _____
In den monatlichen Heizkosten sind enthalten:	
Kosten für den Haushaltsstrom und Kochenergie (Gas)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ 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"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4.3 Haus-/Wohneigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!

4.4 Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die in einer „besonderen Wohnform“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben!

Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum	<input type="checkbox"/> 1 Person <input type="checkbox"/> 2 Personen
Gesamtkosten der Unterkunft (Wohnkosten incl. Nebenkosten & Heizung)	_____ EUR
Davon Grundmiete:	_____ EUR
Zuschläge insgesamt:	_____ EUR
Zuschlag für Möblierung des persönlichen Wohnraums	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Zuschlag für Wohn- und Wohnnebenkosten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Zuschlag für Haushaltsstrom, die Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten sowie den Gemeinschaftsräumen und für die Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Zuschlag für Gebühren für Kommunikation und den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ 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"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Gilt für 4.1 und 4.2 Sofern der Leistungsanspruch ausreicht, sollen folgende Zahlungen direkt an den Vermietenden bzw. an den Energieversorger gezahlt werden: Bitte beachten Sie: Bedarfe für Haushaltsstrom werden nicht gesondert berücksichtigt sondern direkt von Ihrem Regelsatz beglichen	<input type="checkbox"/> Miete und Nebenkosten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Heizkosten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Haushaltsstrom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4.5 Mehrbedarf

	1. Person	2. Person
Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor? <i>(Ggf. Kopie des Feststellungsbescheids beifügen!)</i>	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja voraussichtl. Entbindungstermin: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja voraussichtl. Entbindungstermin: _____
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i>
Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 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: _____	Name der Krankenkasse: _____
	Mitglied seit: _____	Mitglied seit: _____
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung
KV-Mitgliedsnummer		
Höhe des Beitrags	Monatlich _____ EUR	Monatlich _____ EUR
Leistungen der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> als Sachleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Weitergewährungsantrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

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"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja,	Bezeichnung/ Rentenart	Monatlicher Betrag in EUR	Bezeichnung/ Rentenart	Monatlicher Betrag in EUR
		brutto		brutto
		netto		netto
		brutto		brutto
		netto		netto
Betriebsrente/ Werksrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		brutto		brutto
		netto		netto
Ausländische Renten/ Pensionen oder Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		brutto		brutto
		netto		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 Opferentschädigungsges etz (OEG) gestellt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____ bei: _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____ bei: _____	

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"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Entgelt der WfbM	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistung der Krankenkasse (einschließlich Arbeitgeberzuschuss)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	<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"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ausbildungsförderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld von Dritten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Einkünfte aus dem In- und Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Weitergewährungsantrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

6. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Nummer 5 berücksichtigt – entsprechende Nachweise wie z.B. Beitragsbescheide sind beizufügen)

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

7. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland (entsprechende Nachweise sowie Kontoauszüge bitte beifügen!)

Art des Vermögens	1. Person		2. Person	
		Betrag/Wert in EUR		Betrag/Wert in EUR
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksame Leistungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Kontoguthaben (z. B. Onlinekonten wie „PayPal“)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wertpapiere/Aktien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schmuck oder Edelmetalle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges Vermögen im In- und Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente, Rürup- Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fällig am
Sonstige nicht gesetzliche (private) Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fällig am
Kapital- oder Risikolebensversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert

Weitergewährungsantrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

	1. Person	2. Person
Kraftfahrzeug(e) Motorrad Mofa etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Amtliches Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Amtliches Kennzeichen: _____
	Kilometerstand: _____	Kilometerstand: _____
	Baujahr: _____	Baujahr: _____
	Modell: _____	Modell: _____
	Typ: _____	Typ: _____
	geschätzter Wert: _____	geschätzter Wert: _____

	1. Person		2. Person	
		Höhe in EUR		Höhe in EUR
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____ _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____ _____	
Hauseigentum bzw. Wohneigentum <small>(bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstiger Grundbesitz <small>(bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert und Größe des Grundstücks beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

8. Vermögensübertragungen

	1. Person	2. Person
Wurde Vermögen in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja, wann? _____ In Höhe von: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja, wann? _____ In Höhe von: _____

AZ:

10. Mitwirkungspflichten

Mir ist bekannt, dass ich **sämtliche** Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **unverzüglich** dem Fachbereich Soziales und Senioren mitzuteilen habe. Dies gilt auch für Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der mit mir zusammenlebenden Personen.

Insbesondere sind anzuzeigen:

- Änderungen in den Einkommensverhältnissen, z. B. Einkommen aus Arbeitstätigkeit (auch aus geringfügiger Beschäftigung), Renten, Leistungen des Arbeitsamtes, Kindergeld, Unterhalt, Wohngeld, sonstige Einkünfte in Geld oder Geldeswert. Dies betrifft auch Einkommen aus dem Ausland
- Änderungen in den Vermögensverhältnissen, z. B. Bank- und Sparguthaben, Grundbesitz und sonstiges verwertbares Vermögen. Auch bei Vermögen im Ausland.
- Änderungen in den Familienverhältnissen
- Änderungen bei mit mir zusammenlebenden Personen (Ehemann, Ehefrau, Kinder, Lebenspartner, andere Personen)
- Aufnahme von Personen in meinen Haushalt oder Auszug von Personen
- Wohnungswechsel
- Änderung der Unterkunftskosten/Miete oder Nebenkosten
- Finanzielle Unterstützungen oder Gewährung von Sachleistungen durch Dritte
- Heim-, Kur- oder Krankenhausaufenthalte
- Auslandsaufenthalte von mehr als 4 Wochen (28 Tage)

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGBX, § 103 SGBXII). Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden.

Außerdem beachte ich folgendes:

Ist die Sozialhilfezahlung durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt worden, sind die Kosten gem. §§ 103, 104 SGB XII zu erstatten

Ich habe während des Bezuges von Sozialhilfe alle Geldbeträge so zu verwalten, dass sie den Lebensunterhalt für den gesamten Bewilligungszeitraum decken können und Geldverluste nicht eintreten. Bei Nichtbeachtung kann die Sozialhilfe wegen unwirtschaftlichen Verhaltens gem. § 26 SGB XII gekürzt werden.

Erklärung

Den Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII 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 einem gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Es besteht noch Informations bzw. Beratungsbedarf und es wird um ein persönliches Gespräch gebeten. Durch eine Beratung kann geklärt werden, ob weitere Bedarfe bestehen, die zu berücksichtigen sind.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner/in in der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Ort und Datum
Ort und Datum

1. Person Unterschrift
2. Person Unterschrift