

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

Antrag ausgehändigt am: _____

Hilfe zum Lebensunterhalt

Eingegangen am: _____

Hilfe in besonderen Lebenslagen

1. Persönliche Verhältnisse

	<u>Antragsteller/in</u>	<u>Ehegatte/Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft</u>
Familienname	_____	_____
Vorname(n)	_____	_____
Straße, Hausnummer	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Geburtsort	_____	_____
Geburtsname	_____	_____
Namen aus früheren Ehen	_____	_____
Staatsangehörigkeit, Einreisedatum nach Deutschland	/	_____
Familienstand	_____	_____
seit wann verh., gesch., getr. lebend, verwitwet?	_____	_____
Telefon (für Rückfragen unbedingt angeben)	_____	_____

2. Familienverhältnisse (Im gemeinsamen Haushalt leben folgende unter 1 nicht aufgeführte Personen:

	1	2	3	4	5
Familienname (ggf. Geburtsname)	_____	_____	_____	_____	_____
Vorname(n)	_____	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit, Einreisedatum nach Darmstadt	_____	_____	_____	_____	_____
Familienstand	_____	_____	_____	_____	_____
Stellung zum Antragsteller	_____	_____	_____	_____	_____

Wann, woher und aus welchem Grund zugezogen?	_____
Letzte Aufenthaltsorte:	_____
<u>Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und Entlassung</u>	
<u>(§ 106 SGB XII):</u>	
Wohnung und Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme?	_____
Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt?	_____
Wer war bisher Kostenträger?	_____
Bezeichnung und Ort des Heimes/ der Anstalt:	_____
<u>Bei Zuzug nach Entlassung aus einem Heim/einer Anstalt:</u>	
Wo war und bis wann dauerte der Aufenthalt im Heim/ in der Anstalt?	_____
Aufenthaltsorte seit der Entlassung	_____
Ist in der nächsten Zeit eine Therapie geplant:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?	_____
Wer ist Kostenträger dieser Therapie?	_____

3. Kosten der Unterkunft incl. Neben- und Heizkosten (Angaben sind monatlich vorzunehmen)

Hauptmieter Untermieter Mitbewohner Obdachloser

Gesamtwohnfläche in m²: _____

Bezugsfertigkeit der Wohnung: _____

Bad/Dusche vorhanden nicht vorhanden

Kosten Warmwasser in Heizkosten: enthalten nicht enthalten

Kosten Kochenergie in Heizkosten: enthalten nicht enthalten

Mietkosten insgesamt	€ _____	seit: _____	
Grundmiete	€ _____		
Betriebskosten	€ _____		
Heizkosten	€ _____	von: _____	bis: _____
	in der Miete	<input type="checkbox"/> enthalten	<input type="checkbox"/> nicht enthalten
<u>Wie wird die Wohnung beheizt?</u>			
<input type="checkbox"/> Sammelheizung oder <input type="checkbox"/> Einzelheizung			
<input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom			
Wohngeld:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja: _____ €	von: _____ bis: _____
Sind in den letzten 24 Monaten Haushaltsangehörige verstorben? (Bitte Name, Geburtsdatum, Sterbedatum, Verwandtschaftsgrad angeben)			

Stromkosten	€ _____	von: _____	bis: _____
Kundennummer entega: _____			
Räume der Wohnung: <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Bad/WC _____ Zimmer			
davon _____ Räume untervermietet an: _____ zum Preis von: _____ €			
<u>Wurde die Miete für den Antragsmonat bezahlt?</u>			
<input type="checkbox"/> nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> ja			
<u>Bestehen Mietrückstände?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
wenn ja, Zeitraum und Höhe: _____			
es liegt eine Kündigung vor zum _____ Grund: _____			
es liegt Räumungsklage/Urteil vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name des Vermieters _____			
Straße _____			
PLZ, Ort _____			
Wohnungsnummer _____			
<u>Bankverbindung des Vermieters</u>			
BLZ: _____		Kontonummer: _____	
Bank _____		_____	

4. Besteht bzw. bestand in den letzten zwölf Monaten eine Krankenversicherung/Pflegeversicherung?

Antragsteller/in

ja nein, von welcher Krankenversicherung soll die Krankenbehandlung übernommen werden?
(§ 264 SGB V)

Versicherungsart: **Pflichtversicherung** **freiwillige Versicherung**
 versichert als Rentner/in **versichert als Familienangehörige/r**

Name der Krankenversicherung: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____ **monatliche Beiträge:** _____ €

Ehegatte/Lebenspartner/in

ja nein, von welcher Krankenversicherung soll die Krankenbehandlung übernommen werden?
(§ 264 SGB V)

Versicherungsart: **Pflichtversicherung** **freiwillige Versicherung**
 versichert als Rentner/in **versichert als Familienangehörige/r**

Name der Krankenversicherung:
(falls abweichend vom Antragsteller/in) _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____ **monatliche Beiträge:** _____ €

Weitere Haushaltsangehörige

ja nein, von welcher Krankenversicherung soll die Krankenbehandlung übernommen werden?
(§ 264 SGB V)

Versicherungsart: **Pflichtversicherung** **freiwillige Versicherung**
 versichert als Rentner/in **versichert als Familienangehörige/r**

Name der Krankenversicherung:
(falls abweichend vom Antragsteller/in) _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____ **monatliche Beiträge:** _____ €

5. Haben Sie, ihr Ehepartner oder andere Personen der Haushaltsgemeinschaft bereits früher Leistungen nach dem BSHG (Sozialhilfe)/ SGB XII bezogen?

nein ja

wenn ja: Person(en), Art , Grund und Behörde angeben:

6. Bestehen Schuldverpflichtungen (z. B. Kreditrückzahlungen)?

nein ja

wenn ja: Höhe der monatlichen Raten, Gesamtsumme des Kredits und Kreditgeber angeben:

Werden Einnahmen gepfändet? nein ja: Höhe: _____

7. Bestehen Ansprüche gegenüber Dritten, wenn ja gegen wen und welche?

8. Betreuung

wurde für Personen der Haushaltsgemeinschaft ein Betreuer bestellt?

nein ja (gegebenenfalls bitte Kopie der Urkunde beifügen)

9. Schwerbehinderung

Ist eine Person der Haushaltsgemeinschaft schwerbehindert?

(bitte Person und Grad der Behinderung angeben und Kopie der Vorder- und Rückseite des Schwerbehindertenausweises beifügen)

Name: _____

Grad der Behinderung: _____

Merkzeichen ja nein
G/aG: _____

Name: _____

Grad der Behinderung: _____

Merkzeichen ja nein
G/aG: _____

10. Bankverbindung Antragsteller(in)

Name der Bank: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

11. Nähere Begründung der Antragstellung (wodurch wurde bisher der Lebensunterhalt sichergestellt)?

ALLGEMEINER HINWEIS:

Alle Angaben sind anhand von Nachweisen (z. B. Bescheiden, Bescheinigungen) zu belegen!

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben und die Angaben zu den Anlagen...

- Einkommen (*Anlage 1*) Vermögen (*Anlage 2*) Ausbildung/Arbeit (*Anlage 3*)
 Unterhaltspflichtige außerhalb des Haushalts (*Anlage 4*) Zuwanderer (*Anlage 5*) Obdachlose (*Anlage 6*)

... vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel (vor Abschluss des neuen Mietvertrages) länger als 1 Monat dauernde Abwesenheit (z. B. Krankenhaus-, Kuraufenthalt usw.) - unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen und Bescheidschreibung, sowie zu statistischen Zwecken in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass der Sozialhilfeträger gemäß § 118 SGB XII befugt ist, regelmäßig im Wege eines automatisierten Datenabgleiches zu überprüfen, ob ich Leistungen von anderen Sozialleistungsträgern erhalte, einer Beschäftigung nachgehe oder Zinseinkünfte erziele.

Komme ich meinen Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung dieses Antrages nach § 60 Sozialgesetzbuch 1. Buch (SGB I) nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I).

Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ein Strafverfahren wegen Betrugs gegen mich eingeleitet werden kann.

Jede Arbeitsaufnahme, auch Gelegenheitsjobs und geringfügige

Beschäftigungen, werde ich umgehend und unaufgefordert mitteilen.

gelesen und verstanden:

Darmstadt, den _____

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte/
Lebenspartner/in

Ort, Datum

Unterschrift
Antragsteller/in

Unterschrift
Ehegatte/Lebenspartner/in

Unterschrift
Sachbearbeiter/in