

Stadt/Gemeinde



Antrag

auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Ich beantrage hiermit die Gewährung von Sozialhilfe, nämlich

Eingangsdatum

- Hilfe zum Lebensunterhalt Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zur Pflege: ambulant stationär
- Eingliederungshilfe Hilfe in weiteren Lebenslagen und zwar: _____
- Übernahme der Kosten für: _____

Bestattungskosten nach § 74 SGB XII beantragen Sie bitte **nicht** mit diesem Vordruck sondern mit einem **speziellen Formular**.

Die Hilfe ist erforderlich, weil

Haben Sie bereits früher eine der oben beantragten Leistungen erhalten? Wie lange? Von wem?

nein ja, in der Zeit von _____ bis _____ von _____

1. Persönliche Verhältnisse

1.1 Persönliche Angaben

➔ Bitte **Nachweise** beifügen

	Antragsteller/ in (1)	Antragsteller/ in (2) in Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Name, Vorname ggf. Geburtsname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum und -ort		
Straße, PLZ, Ort		
Telefon (freiwillige Angabe)		
Beruf/bisherige Tätigkeit		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet, seit: _____ <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet, seit: _____ <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
Staatsangehörigkeit (bei mehreren, alle angeben), Aufenthaltsrechtlicher Status		
Betreuer, Bevollmächtigter? Wenn ja, Name und Anschrift	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Bestellsurkunde/Vollmacht beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Bestellsurkunde/Vollmacht beifügen
Leiden Sie an einer Krankheit / Behinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Nachweise beifügen
Benötigen Sie eine spezielle, kosten- aufwendige Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Bescheinigung des Arztes beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Bescheinigung des Arztes beifügen
Sind Sie voll erwerbsgemindert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Nachweise beifügen
Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Kopie des Mutterpasses beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Kopie des Mutterpasses beifügen
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ % Wenn ja, bitte Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ % Wenn ja, bitte Kopie beifügen
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: _____ Wenn ja, bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: _____ Wenn ja, bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen
Erhalten Sie Entschädigungsleistungen nach Entschädigungsgesetzen? (Z.B. Bundesversorgungsgesetz (BVG) Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz/Impfschäden (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG) oder sonstiger Entschädigungsgesetze)	BVG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja OEG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja IfSG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja HHG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Sonstige: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	BVG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja OEG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja IfSG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja HHG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Sonstige: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

1.2 In Haushaltsgemeinschaft lebende Angehörige und sonstige Personen

Name, Vorname	Ge- schlecht	Verwandschafts- verhältnis	Geburts- datum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

2. Wohnverhältnisse

➔ Bitte ggf. **Mietvertrag, Mietbescheinigung, Wohnheimvertrag** beifügen

Der Antragsteller wohnt:

- in Miete
 im Heim

- mietfrei
 Wohnrecht (s. auch Ziff. 9.3)

- im eigenen Haus/Eigentumswohnung
 Sonstiges _____

3. Aufenthaltsverhältnisse

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Seit wann leben Sie am Ort der Antragstellung?		
Von wo sind Sie zugezogen? Bitte Adresse angeben		
Bei Heim- oder Krankenhausaufenthalt Anschrift der Einrichtung		
Aufnahmedatum		
Aufenthalt in den letzten beiden Monaten vor der ersten Aufnahme		
Bei Zuzug aus dem Ausland Wann und an welchem Ort erfolgte der Grenzübertritt aus dem Ausland?		
Wann und von wem wurde seit dem Grenzübertritt Hilfe in Anspruch genommen?		
Dauer, Ort und Staat des Auslandsaufenthalts		
Wurde die bisherige Wohnung im Ausland aufgegeben? Zeitpunkt, Gründe		

3.1 Aufenthaltsverhältnisse im Ausland

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Haben Sie sich längere Zeit im Ausland aufgehalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja: Geben Sie bitte die Zeiten Ihres Aufenthalts und die jeweilige Adresse an		

4. Unterhaltspflichtige

4.1 Kinder außerhalb des Haushalts

Name	Ge- schlecht	Geburts- datum	Staats- ang.	Fam.- stand	Zahl der Kinder	vollständige Anschrift	Beruf und Arbeit- geber	Jahreseinkommen über 100.000 € brutto
								<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
								<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
								<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
								<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
								<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.2 Eltern

	Antragsteller	Jahresein- kommen über 100.000 € brutto	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/ Lebensgefährte	Jahresein- kommen über 100.000 € brutto
Vater Name, Vorname, ggf. Geburtsname Geburtsdatum und -ort Straße, PLZ, Ort Beruf und Arbeitgeber		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mutter Name, Vorname, ggf. Geburtsname Geburtsdatum und -ort Straße, PLZ, Ort Beruf und Arbeitgeber		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.3 Angaben zum getrennt lebenden, geschiedenen oder verstorbenen Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner des

	Antragstellers	In Haushaltsgemeinschaft lebenden Ehegatten/Lebensgefährten
Name, Vorname ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum und -ort		
Straße, PLZ, Ort		
Beruf und Arbeitgeber		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
seit/am	<input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> gefallen <input type="checkbox"/> vermisst	<input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> gefallen <input type="checkbox"/> vermisst
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder ge- trennt lebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Part- ner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt

5. Krankenversicherung

➔ Bitte ggf. Beitragsrechnung beifügen

	Antragsteller	Sofern Versicherungsschutz abweichend vom Antragsteller besteht Name: _____:
Besteht oder bestand Krankenversicherungsschutz? Bis wann? Ggf. Name und Anschrift der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert
monatlicher Beitrag	€	€

6. Arbeitsverhältnisse

6.1 Aktuelle Arbeitsverhältnisse im In- oder Ausland

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Besteht z.Zt. ein Arbeitsverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja _____ derzeitiger Arbeitgeber <input type="checkbox"/> nein _____ Bis wann waren Sie versicherungspflichtig beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja _____ derzeitiger Arbeitgeber <input type="checkbox"/> nein _____ Bis wann waren Sie versicherungspflichtig beschäftigt?
Für welchen Monat war die letzte Lohnzahlung?	_____	_____
Sind Sie bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein

6.2 Frühere Arbeitsverhältnisse im Ausland

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Bestand ein Arbeitsverhältnis im Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Bitte alle Arbeitgeber, sowie die Dauer der jeweiligen Beschäftigungsverhältnisse angeben		

7. Einnahmen aus Unterhalt/Unterhaltsvorschuss

7.1 Bestehende Unterhaltsansprüche

➔ Bitte Nachweise beifügen

Unterhaltsberechtigter	Unterhaltsverpflichteter	Art z.B. Kindesunterhalt, Ehegattenunterhalt, Unterhaltsvorschuss	geregelt durch (z.B. Urteil, Urkunde, Bescheid) vom	Betrag

7.2 Offene Unterhaltsverfahren

→ Bitte **Nachweise** beifügen

Unterhaltsberechtigter	Unterhaltsverpflichteter	Art z.B. Kindesunterhalt, Ehegattenunterhalt, Unterhaltsvorschuss	Name und Anschrift des Anwalts (Wenn Sie anwaltlich vertreten werden)

8. Einkommensverhältnisse

8.1 Erwerbseinkommen (auch aus Tätigkeit im Ausland)

→ Bitte **Verdienstbescheinigungen** der letzten 3 Monate beifügen

	Antragsteller Monatseinkommen (im Durchschnitt)	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte Monatseinkommen (im Durchschnitt)
Versicherungspflichtige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
Erhalten Sie Sachleistungen? (Z.B. Essen, Wohnung) Art, Umfang	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wert: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wert: €
Pfändungen/Abtretungen in Höhe von Grund	€	€
Berufsbedingte Aufwendungen (Z.B. Fahrtkosten, Beiträge zu Berufsverbänden) Bei Benutzung eines Kfz einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte angeben	€ km	€ km

8.2 Renteneinkommen/Pensionen

→ Bitte aktuellen **Rentenbescheid** vollständig beifügen

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Altersrente/Landwirtschaftliches Altersgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Witwen- oder Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Betriebsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Freiwillige Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Sonstige Renten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €

8.3 Sonstiges Einkommen

→ Bitte entsprechende **Nachweise** vollständig beifügen

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Kindergeld Kindergeldnummer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag: €
Leistungen Jobcenter / Arbeitsamt Kundennummer	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld € <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Sozialgeld € <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld € <input type="checkbox"/> Sonstige Leistung €	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld € <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Sozialgeld € <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld € <input type="checkbox"/> Sonstige Leistung €
seit _____		

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Leistungen der Krankenkasse seit _____	<input type="checkbox"/> Krankengeld € <input type="checkbox"/> KH-Tagegeld € <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld €	<input type="checkbox"/> Krankengeld € <input type="checkbox"/> KH-Tagegeld € <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld €
Wohngeld	mtl. €	mtl. €
Sind Sie beihilfeberechtigt? Beihilfestelle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hilfen zur Schul- und Berufsausbildung (z.B. BAföG, BAB, AFBG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €
Mieteinnahmen/Pacht (auch ausländische) (auch aus Untervermietung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €
Einnahmen aus Kapitalvermögen (auch ausländische)(z.B. Zinsen, Dividende)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €
Andere Einkünfte (auch ausländische) Art	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, €

8.4 Vom Einkommen abzusetzende Versicherungen

➔ Bitte **Nachweise** beifügen

Art der Versicherung (z.B. Haftpflichtversicherung)	Versicherungsunternehmen	Monatsbeitrag

9. Vermögensverhältnisse

9.1 Barvermögen (auch im Ausland)

Bargeld / Devisen	
-------------------	--

9.2 Bebautes Grundvermögen (auch im Ausland)

➔ Bitte **Grundbuchauszug**, Kaufvertrag oder vergleichbare Nachweise beifügen

Staat, Gemeinde, Straße, Hausnummer	Wohn- fläche	Miteigentümer	Art des Gebäudes	Verkehrswert
			<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges	
			<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges	
			<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges	

9.3 Wohnrecht

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/Lebensgefährte
Besteht ein Wohnrecht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse der Wohnung, falls abweichend von aktueller Wohnanschrift		
Wurde ein Wohnrecht in den letzten 10 Jahren gelöscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9.4 Unbebautes Grundvermögen (auch im Ausland)

➔ Bitte Grundbuchauszug oder vergleichbare Nachweise beifügen und den Verkehrswert vom Bürgermeisteramt bestätigen lassen

Staat, Gemeinde, Flurstück Nr.	Fläche	Eigentümer des Grundstücks	Art des Grundstücks	Verkehrswert (vom Bürgermeisteramt auszufüllen)
			<input type="checkbox"/> Land- und forstwirtschaftlich genutzt <input type="checkbox"/> selbst bewirtschaftet <input type="checkbox"/> verpachtet <input type="checkbox"/> Bauland, Bauerwartungsland <input type="checkbox"/> Sonstiges, unbebaut	
			<input type="checkbox"/> Land- und forstwirtschaftlich genutzt <input type="checkbox"/> selbst bewirtschaftet <input type="checkbox"/> verpachtet <input type="checkbox"/> Bauland, Bauerwartungsland <input type="checkbox"/> Sonstiges, unbebaut	
			<input type="checkbox"/> Land- und forstwirtschaftlich genutzt <input type="checkbox"/> selbst bewirtschaftet <input type="checkbox"/> verpachtet <input type="checkbox"/> Bauland, Bauerwartungsland <input type="checkbox"/> Sonstiges, unbebaut	

9.5 Kapitalvermögen (auch im Ausland angelegtes Kapitalvermögen)

9.5.1 Girokonten, Sparguthaben, Forderungen, Bausparguthaben

➔ Bitte sämtliche Sparbücher (der letzten 10 Jahre), Vertragsunterlagen und Kontoauszüge (der letzten 3 Monate) beifügen

Inhaber	Bank	Kontonummer	Betrag

9.5.2 Lebens- und Sterbegeldversicherungen

➔ Bitte Versicherungspolizen und Rückkaufwertbestätigungen beifügen

Inhaber	Versicherer	Vertragsdauer von/bis	Vertragssumme	Rückkaufwert

9.5.3 Wertpapiere, Aktien, Sparbriefe u. dergl. (auch im Ausland)

➔ Bitte Nachweise beifügen

Inhaber	Bezeichnung	Stückzahl	Nennwert (je Stück)	derzeitiger Kurswert

9.6 Sonstiges Vermögen (auch im Ausland)

9.6.1 Kraftfahrzeuge

➔ Bitte Zulassungsbescheinigung Teil 1 (Fahrzeugschein) beifügen

Eigentümer	Marke und Typ	Baujahr	Kennzeichen	Verkehrswert

9.6.2 Schmuck, Edelmetalle, Edelsteine

➔ Bitte geeignete Nachweise beifügen

Eigentümer	Art	Stückzahl	Wert

9.6.3 Sonstige Wertgegenstände (z.B. Kunstgegenstände, Antiquitäten usw.)

➔ Bitte **Nachweise** beifügen

Eigentümer	Art	Stückzahl	Verkehrswert

9.6.4 Betriebsvermögen

➔ Bitte **Nachweise** beifügen

Eigentümer	Art	Wert

9.6.5 Ansprüche gegen Dritte (z.B. Hypotheken, Erbansprüche, Darlehen, Lastenausgleich)

➔ Bitte **Nachweise** beifügen

Anspruchsinhaber	Art des Anspruchs	Schuldner	Betrag

10. Früheres Vermögen (auch im Ausland)

	Schenker/Übergeber	Tag der Übergabe	Gegenstand der Schenkung	Wert
Bestanden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte ggf. auch im Ausland, die verschenkt oder übergeben wurden?				

11. Bankverbindung

Die Leistung soll auf das Konto von _____ überwiesen werden.

Bank	BIC	IBAN
		DE _____

12. Erklärung

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben. Insbesondere habe ich alle Einkünfte und das gesamte Vermögen, auch soweit im Ausland vorhanden, von mir und den mit mir in Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben.

Mir ist bekannt, dass ich mich bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben wegen Betrugs (§ 263 Strafgesetzbuch) strafbar mache und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflichten, Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Änderungen bei leistungsrelevanten Tatsachen, insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Wegzug, vorübergehende Abwesenheiten, Auslandsaufenthalte, Krankenhausaufenthalte, die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) sind dem Landratsamt Heilbronn - Sozial- und Versorgungsamt - unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Meine Ansprüche gegen Dritte, insbesondere Unterhaltspflichtige, Arbeitgeber, Versicherungsträger und Versorgungsdienststellen trete ich in Höhe der entstehenden Aufwendungen an den Träger der Sozialhilfe ab.

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Anlage: alle erforderlichen **Nachweise** sind **in Kopie** (bitte keine Originale) beigefügt.

Als Bevollmächtigter/Betreuer (Vollmacht ist beigefügt) gebe ich diese Erklärungen im Namen des Antragstellers ab.