

Eingang:		Überprüfungsbogen: Leistungen nach dem SGB XII				Aktenzeichen:	
1.		Persönliche Verhältnisse					
		1. Person			2. Person		
101		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich			<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
102		Antragsteller/in			<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> minderjähriges Kind <input type="checkbox"/>		
103	Familienname						
104	Geburtsname						
105	Vorname						
106	Geburtsdatum und Geburtsort						
107	Straße, Hausnummer						
108	PLZ, Ort						
109	Telefonnummer (Angabe freiwillig)						
110	E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)						
111	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <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"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:		
112	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder einen Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: Tel.: E-Mail:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: Tel.: Mail:		
113	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Grad der Behinderung Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Grad der Behinderung Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
114	Benötigen Sie wegen Krankheit oder Behinderung eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
2.		Mögliche unterhaltspflichtige Angehörige <u>außerhalb</u> des Haushaltes (z.B. Kinder, Eltern, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten - Füllen Sie diese Felder immer aus, auch wenn aus Ihrer Sicht keine Unterhaltspflicht besteht)					
	Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Wohnort	Beruf/derzeitige Tätigkeit
201							
202							
203							
204							
205							
206							

Weitere Personen <u>innerhalb</u> des Haushaltes (bitte nutzen Sie ggf. ein weiteres Blatt)				
207	Nachname, Vorname			
208	Geburtsdatum			
209	Familienstand			
210	Persönliche Stellung zur antragstellenden Person			
211	Staatsangehörigkeit			
212	Bestreitet den Lebensunterhalt selbst:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.	Angaben zur Wohnung und zur Wohnungsmiete (bitte Nachweise/Abrechnungen etc. beifügen)			
301	Wie viele Personen leben in der Wohnung?	Personen		
	Zahlungen an den Vermieter (in Euro)			
302	Überweisung laut Kontoauszug			
303	Kaltmiete			
304	Betriebs- und Nebenkosten			
305	Heizkosten			
306	sonstige Kosten (bitte benennen) z. B. Stellplatz, Teilmöblierung u. ä.	für		
307	Nebenkostenabrechnung (Vorjahr)	<input type="checkbox"/> Liegt vor und wird dem Antrag beigelegt		<input type="checkbox"/> Liegt noch nicht vor
	Zahlungen an die Stadtwerke oder sonstigen Versorgern (in Euro)			
308	Strom		310	Wasser
309	Gas		311	Abwasser
4.	Einkommen			
	Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind. Bitte legen Sie Einkommensnachweise vor.			
		1. Person		2. Person
	Erzielen Sie Einkommen aus den folgenden Einkommensarten?	Monatlicher Betrag (in Euro, brutto)		Monatlicher Betrag (in Euro, brutto)
401	Altersrente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein
402	Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein
403	Witwen-, Witwer oder Waisenrente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein
404	Werks-, Betriebs- oder Zusatzrenten	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein
405	Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein
406	Sonstige Rente Wenn ja, Art der Rente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein
407	Einkünfte aus der Tätigkeit in einer WfbM	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Ja, nehmen Sie an der Mittagsverpflegung teil?	<input type="checkbox"/> Ja, Tage/Woche:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Tage/Woche: <input type="checkbox"/> Nein
	Handelt es sich um einen Außenarbeitsplatz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
408	Ausbildungsgeld der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: € <input type="checkbox"/> Nein

409	Nichtselbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
410	Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
411	Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
412	Unterhalt oder Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
413	Leistungen der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
414	Blindengeld / Landeshilfe für Blinde	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
415	Haben Sie weitere Einkünfte? (Bitte Art und Höhe der Einkünfte nachweisen)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art: <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art: <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art:	<input type="checkbox"/> Nein
<p>Hier einige Beispiele für weitere Einkünfte. Die Aufzählung ist jedoch nicht abschließend: Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen o. ä.), Vermietung und Verpachtung, Krankengeld, Übergangsgeld, Elterngeld, Unfallrente, Invaliditätsrente, Pensionen, Landwirtschaftliches Altersgeld oder Deputate (Lebensunterhalt in Naturalien), Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG), privatrechtlichen Ansprüchen, Wohngeld, Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG), Einkommenssteuererstattungen, sonstiges nicht genanntes Einkommen.</p>					
416	Sind eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen beantragt, aber bisher noch nicht bewilligt?	<input type="checkbox"/> Ja Art und zuständige Stelle bitte nachweisen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Art und zuständige Stelle bitte nachweisen	<input type="checkbox"/> Nein
417	Haben Sie in der Vergangenheit auf Einkommen oder sonstige Ansprüche verzichtet (z. B. Wohn- oder Verpflegungsrechte aus Übertragungsverträgen)?	<input type="checkbox"/> Ja Art und Höhe des Anspruchs bitte nachweisen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Art und Höhe des Anspruchs bitte nachweisen	<input type="checkbox"/> Nein
5.	Vom Einkommen möglicherweise absetzbare Beträge (bitte legen Sie aktuelle Nachweise vor)				
		1. Person		2. Person	
501	Privat-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
502	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
503	Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
504	Altersvorsorgebeiträge (z. B. Riester-Verträge)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein
505	Sonstige absetzbare Beträge (VdK, Gewerkschaftsbeiträge)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art:	<input type="checkbox"/> Nein
6.	Vermögen (in Euro)				
Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch im Ausland befindliche, anzugeben. Die untenstehende Auszählung ist deshalb nicht abschließend. Bitte legen Sie zu Ihren Angaben Nachweise vor.					
	Vermögensart	1. Person		2. Person	
601	Bargeld				
602	Girokonto (bitte Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen)	IBAN: Kontostand: IBAN: Kontostand:		IBAN: Kontostand: IBAN: Kontostand:	
603	Sparbücher (bitte Kopien von sämtlichen Seiten der Sparbücher beifügen)	Nr.: Kontostand: Nr.: Kontostand:		Nr.: Kontostand: Nr.: Kontostand:	

604	Lebensversicherungen Sterbegeldversicherungen Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Versicherungssumme, Rückkaufswert und monatliche Beiträge bitte nachweisen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Versicherungssumme, Rückkaufswert und monatliche Beiträge bitte nachweisen.
605	Fahrzeuge (z. B. PKW, LKW, Motorräder, Anhänger, Wohnwagen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Typ: Baujahr: Kennzeichen: Kilometer-Stand: Wert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Typ: Baujahr: Kennzeichen: Kilometer-Stand: Wert:
606	Haben Sie weiteres Vermögen?	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein Art: <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art:	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein Art: <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: Art:
<p>Hier einige Beispiele für weiteres Vermögen. Die Aufzählung ist jedoch <u>nicht</u> abschließend: Wertpapiere, Sparbriefe, Bausparverträge, Lebensversicherungen, Schmuck- oder Kunstgegenstände, Sammlungen, Sterbegeldversicherungen, (Mit-)Eigentümer eines Hausgrundstücks oder sonstigen Grundbesitzes, Eigentum von Hypotheken oder sonstigen Forderungen gegenüber Dritten, (Teil-)Inhaber*in einer Firma oder eines Gewerbes</p>			
607	Wurde von Ihnen seit der letzten Überprüfung Vermögen auf andere Personen übertragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen.
608	Haben Sie seit der letzten Überprüfung geerbt oder eine Erbschaft ausgeschlagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen.
701	Ich erkläre ausdrücklich, dass sich gegenüber meinen letzten Angaben keine Änderungen ergeben haben, die ich oben nicht genannt habe.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Art der Änderung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Art der Änderung:

Ich nehme zur Kenntnis: Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegebenden Stelle zurück zu überweisen, 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. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Meine Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern ich dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§263 Strafgesetzbuch) und dass ich zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zu erstatten habe (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X; § 103 Sozialgesetzbuch XII).

Ich erkläre: Den Überprüfungsbogen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zum 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 Sozialleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitteilen.

Datum

1. Person Unterschrift

2. Person Unterschrift

Betreuer*in/Bevollmächtigte*r