

Eingang: _____ 1. Vorsprache: _____	Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – <b>ambulante Pflege</b>	<b>Aktenzeichen:</b>
--	--	----------------------

1. Persönliche Verhältnisse			
101		1. Person	2. Person
102	Antragsteller/in		<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrenntlebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrenntlebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> minderjähriges Kind <input type="checkbox"/> _____
103	Familienname		
104	Geburtsname		
105	Vorname		
106	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
107	Geburtsdatum und Geburtsort		
108	Straße, Hausnummer		
109	PLZ, Ort		
110	Telefonnummer (freiwillig)		
111	E-Mail-Adresse (freiwillig)		
112	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: _____
113	Anschrift vor Aufnahme in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
114	Haben Sie bereits Sozialleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? _____ Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? _____ Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
115 Für Menschen mit Migrationshintergrund			
116	Welche Nationalität haben Sie?		
117	Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis Nach § _____ gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> (Bürger-)Kriegsflüchtling	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis Nach § _____ gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> (Bürger-)Kriegsflüchtling
118	Liegt eine Verpflichtungserklärung vor? (Falls ja, bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2. Kranken- und Pflegeversicherung			
201		1. Person	2. Person
202	Wo sind Sie versichert?		
203	Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KVdR <input type="checkbox"/> nicht versichert - § 264 SGB V	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KVdR <input type="checkbox"/> nicht versichert - § 264 SGB V
204	Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____
205	Haben Sie eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____
206 Angaben zur Pflegebedürftigkeit			
207	Haben Sie einen Antrag auf Gewährung von Pflegeleistungen bei der Pflegeversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein (wird beantragt) <input type="checkbox"/> Ja (Bescheid liegt noch nicht vor) <input type="checkbox"/> Ja, Einstufung erfolgt in: <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/> Nein (wird beantragt) <input type="checkbox"/> Ja (Bescheid liegt noch nicht vor) <input type="checkbox"/> Ja, Einstufung erfolgt in: <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
208	Nehmen Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
209	Welche Pflegeleistungen möchten Sie beantragen?	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <input type="checkbox"/> Hausnotrufsystem <input type="checkbox"/> Ambulant betreute WG <input type="checkbox"/> Aufwendungen der Pflegeperson <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <input type="checkbox"/> Hausnotrufsystem <input type="checkbox"/> Ambulant betreute WG <input type="checkbox"/> Aufwendungen der Pflegeperson <input type="checkbox"/> _____
210	Wer soll die Pflege/Haushaltshilfe ausüben?	<input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Bekannte/Nachbarn <input type="checkbox"/> Pflegedienst Name (Person/Pflegedienst): _____ Ggf. Verwandtschaftsverhältnis: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____	

3. Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung			
301		1. Person	2. Person
302	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder eine/n Bevollmächtigte(n)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
303	Familienname, Vorname		
304	Adresse		
305	Telefonnummer		

4. Unterhalt						
401	<b>Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen</b> (z.B. Kinder, Eltern, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten) (Bitte nutzen Sie gegebenenfalls ein zusätzliches Blatt)					
402	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Beruf/ derzeitige Tätigkeit/ Selbstständigkeit	Anschrift
403						
404						
405						
406						
407						
408		1. Person			2. Person	
409	Haben Sie Unterhaltsansprüche gegen einen der Angehörige?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____ <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel. <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____ <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel. <input type="checkbox"/> Nein	
410	Bestehen vertragliche Ansprüche gegenüber Dritten, z.B. aus einer Hausübergabe oder einem Unfall?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ Grund: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ Grund: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	

5.		Kosten der Unterkunft	
501	Wohnen Sie mietfrei? (Falls ja, müssen die Zeilen 504-516 nicht ausgefüllt werden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
502	Wenn Sie Haus- oder Wohnungseigentum selbst bewohnen, bitten wir Sie eine gesonderte Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und die Angaben durch geeignete Unterlagen zu belegen.		
503	<b>Angaben zur Wohnung und zur Wohnungsmiete</b>		
504	Wie viele Personen leben in der Wohnung?		
505	Wie groß ist die Wohnfläche?	_____ m <sup>2</sup>	
506	Wann sind Sie in die Wohnung eingezogen?		
507	Wie hoch ist die Kaltmiete?	_____ Euro	
508	Wie hoch sind die kalten Nebenkosten?	_____ Euro	
509	Ist die Wohnung möbliert gemietet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Falls ja, anfallende Kosten: _____ Euro	
510	Zahlen Sie Nebenkosten für den Haushaltsstrom an Ihren Vermieter?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Falls ja, anfallende Kosten: _____ Euro	
511	Haben Sie Einnahmen aus Untervermietung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Falls ja, entstehende Einnahmen: _____ Euro <b>Falls ja, was haben Sie vermietet?</b> <input type="checkbox"/> Möbliertes Zimmer <input type="checkbox"/> Möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer	
512	<b>Angaben zur Heizung</b>		
513	Mit welcher Energieart heizen Sie?	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
514	An wen zahlen Sie Ihre Heizkosten?	<input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Versorgungsunternehmen	
515	Wie hoch sind die monatlichen Vorauszahlungen?	_____ Euro	
516	Sind in der Heizkostenvorauszahlung Kosten für die Warmwasserbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
517	<b>Aufenthaltsverhältnisse in den letzten sechs Monaten</b>		
518		<b>Anschrift</b>	
519	von-bis (_____)		
520	von-bis (_____)		
521	von-bis (_____)		

6.		Mehrbedarf	
601		1. Person	2. Person
602	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
603	Ursachen der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____ seit wann? _____	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____ seit wann? _____
604	Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____
605	Wurde gegen den Schadenverursacher geklagt?	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____

7.	<b>Einkommen</b>		
701	Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige und <b>ausländische</b> , anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind.		
702		<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
703	<b>Üben Sie derzeit eine Tätigkeit aus?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein
704	<b>Erzielen Sie Einkommen aus den folgenden Einkommensarten?</b>	Monatlicher Betrag (brutto)	Monatlicher Betrag (brutto)
705	<b>Nichtselbstständige Tätigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
706	<b>Selbstständige Tätigkeit</b> (z. B. Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, sonstige selbstständige Tätigkeit)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
707	<b>Einkünfte aus der Tätigkeit in einer WfbM - Wenn Ja, nehmen Sie an der Mittagsverpflegung teil?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
708	<b>Kapitalvermögen</b> (z. B. Zinserträge)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
709	<b>Vermietung/Verpachtung</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
710	<b>Krankengeld oder Übergangsgeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
711	<b>Kindergeld oder Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
712	<b>Eltern- oder Betreuungsgeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
713	<b>Alters-, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
714	<b>Witwen-, Witwer- oder Waisenrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
715	<b>Unfall- oder Invaliditätsrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
716	<b>Werks-, Betriebs-, Versorgungs- oder Zusatzrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
717	<b>Sonstige Renten oder Pensionen</b> (z.B. ausländische Renten, Riester-R.)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
718	<b>Landwirtschaftliches Altersgeld oder Deputate</b> (Lebensunterhalt in Naturalien)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
719	<b>Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
720	<b>Zahlungen aus privatrechtlichen Ansprüchen</b> (z.B. laufende Unterhaltszahlungen)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
721	<b>Wohngeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein
722	<b>Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit</b> (z.B. Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein

723	Blindengeld/Blindenhilfe	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
724	Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
725	Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
726	Einkommensteuererstattung (bzw. Anspruch darauf)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
727	Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe und Art: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe und Art: _____ <input type="checkbox"/> Nein
728	Sind eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen beantragt, aber bislang noch nicht bewilligt worden?	<input type="checkbox"/> Ja, Art und zuständige Stelle: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art und zuständige Stelle: _____ <input type="checkbox"/> Nein
729	Haben Sie in der Vergangenheit auf Einkommen der o.g. Art oder sonstige Ansprüche verzichtet (z. B. Wohn- oder Verpflegungsrechte aus Übertragungsverträgen o. ä.)?	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein
730	Anspruch auf vertragliche Leistungen (z.B. Wohnrecht/freie Kost)	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein
731	<b>Vom Einkommen möglicherweise absetzbare Beträge</b>		
732	Ausgaben	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
733	Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
734	Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
735	Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
736	Gewerkschaftsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
737	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
738	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
739	Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
740	Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
741	<b>Bei Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit (Nur auszufüllen, wenn Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit vorliegt)</b>		
742	Entfernung Wohnung von der Arbeitsstelle	_____ km	_____ km
743	Kosten für öffentliche Verkehrsmittel für Weg zur Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:_____ <input type="checkbox"/> Nein
744	Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

<b>8. Vermögen</b>			
801	<b>Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch im Ausland befindliche, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist nicht abschließend.</b>		
802	<b>Vermögensart</b>	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
803	<b>Bargeld</b>	_____ Euro	_____ Euro
804	<b>Girokonto</b>	IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro  IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro	IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro  IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro
805	<b>Sparbücher</b>	Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro  Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro	Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro  Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro
806	<b>(Mit)-Eigentümer eines Hausgrundstückes oder sonstigen Grundbesitzes</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Größe des Grundstückes: _____  Lage des Grundstückes (Ort, Flurstück): _____  Eigentumsverhältnisse: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Größe des Grundstückes: _____  Lage des Grundstückes (Ort, Flurstück): _____  Eigentumsverhältnisse: _____
807	<b>Wurde in der Vergangenheit Haus- und Grundbesitz veräußert oder übertragen?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum _____
808	<b>(Teil)Inhaber/in einer Firma oder eines Gewerbebetriebes</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift: _____
809	<b>Wertpapiere, Sparbriefe</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
810	<b>Bausparvertrag</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Institut und Vertrags-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Institut und Vertrags-Nr.: _____
811	<b>Eigentum von Hypotheken oder sonstigen Forderungen ggü. Dritten</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
812	<b>Lebensversicherungen bzw. Sterbegeldversicherungen</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
813	<b>Bestattungsvorsorgevertrag bzw. einen Grabpflegevertrag</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

814	Fahrzeuge (z. B. PKW, LKW, Motorrad, Anhänger, Wohnwagen, Elektrofahrzeug, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____ Wert: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____ Wert: _____
815	Schmuck- oder Kunstgegenstände, Sammlungen etc.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
816	Wurde von Ihnen in den letzten 10 Jahren Vermögen auf andere Personen übertragen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Jahr: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Jahr: _____

9.	<b>Bankverbindung</b>	
901	Kontoinhaber	
902	Kreditinstitut	
903	IBAN	
904	BIC	
905	Mit folgenden Direktzahlungen bin ich einverstanden:	<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter <input type="checkbox"/> Energiekosten an den Versorger <input type="checkbox"/> Zahlung an Dienstleister

**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. Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern ich dieser Obliegenheit nicht nachkomme, 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 Antrag auf Sozialhilfeleistungen mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 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 Sozialhilfeleistungen 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. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen. Soweit ein Ergänzungsbogen beigelegt wird, ist dieser Gegenstand des Antrags auf Leistungen nach dem SGB XII. Die hier gemachten Angaben und abgegebenen Erklärungen gelten entsprechend auch für alle dort genannten Personen. Zur Klärung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse meiner Bedarfsgemeinschaft kann nach § 93 Abs. 8 und 9 der Abgabenordnung (AO) anlassbezogen jederzeit – auch nach Zugang des Bewilligungsbescheides - für jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ein **Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt)** gestellt werden. Im Falle eines Abrufersuchens übermittelt das BZSt von den Kreditinstituten die **Kontenstammdaten meiner sämtlichen Konten** (u. a. Name des Kontoinhabers, Geburtsdatum, Kontonummer und Verfügungsberechtigung), soweit seit der Auflösung der Konten nicht mehr als drei Jahre vergangen sind (§ 93 b Abs. 4 AO i. V. m. § 24c Abs. 1 Kreditwesengesetz).

- Die Informationsblätter „Hinweise zur Leistungsgewährung nach dem SGB XII“ sowie „Datenschutz nach der DSGVO“ habe ich erhalten.  
 Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.  
 Ich möchte ausschließlich Grundsicherungsleistungen erhalten, auf einen evtl. ergänzenden Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt verzichte ich.

Datum

1. Person Unterschrift

2. Person Unterschrift

Bitte wenden: Beizufügende Unterlagen

**Beizufügende Unterlagen:**

**WICHTIG:**

**Bitte fügen Sie nur Kopien bei, keine Originale! Unterlagen werden eingescannt und im Anschluss vernichtet.**

- Mitgliedbescheinigung der Kranken- und Pflegeversicherung / aktuelle Beitragsrechnung
- Bei Privatversicherung: Unterlagen zum Versicherungsumfang
- Gutachten der Pflegeversicherung zur Pflegebedürftigkeit
- Bescheid zur Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung
- Betreuungsurkunde/Nachweise zur Bevollmächtigung
- Mietvertrag und Nachweise über die aktuellen Abschlagszahlungen
- Bei Einzug in eine WG: Miet- und Betreuungsvertrag der ambulanten Wohngemeinschaft
- Bei Hauseigentum: Nachweise zu den Nebenkosten (z.B. Grundsteuer, Abwasser...)
- Schwerbehindertenausweis / Feststellungsbescheid
- Einkommensnachweise der letzten 3 Monate (z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung, Steuerbescheid)
- Nachweise zu abgeschlossenen Versicherungen (z.B. Hausrat- und Haftpflichtversicherung)
- Sterbegeld- oder Lebensversicherung: Police, Nachweis über den aktuellen Rückkaufswert inkl. Überschussanteile
- Bestattungsvorsorgevertrag
- Nachweise zum Vermögen (z.B. Policen, KFZ-Scheine, Kaufvertrag, Übergabevertrag, Nachweise zum Wohnrecht)
- Kontoauszüge von Giro-Konten (letzten 3 Monate)
- Auszüge der Sparbücher (letzten 10 Jahre)
- Zins- und Bankbescheinigungen von allen Konten der letzten 10 Jahre
- Unterschriebene Datenschutzerklärung