

1.	Persönliche Verhältnisse		
101		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"/> _____
102	Familienname		
103	Geburtsname		
104	Vorname		
105	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
106	Geburtsdatum und Geburtsort		
107	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		
108	Telefonnummer / E-Mail-Adresse (freiwillig)		
109	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden Familienstand seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden Familienstand seit: _____
110	Anschrift vor Aufnahme in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
111	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
112	Für Menschen mit Migrationshintergrund		
113	Welche Nationalität haben Sie?		
114	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/-Bewerber <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/-Bewerber <input type="checkbox"/> (Bürger-)Kriegsflüchtling
115	Liegt eine Verpflichtungserklärung vor? (Falls ja, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2.	Aufenthaltsverhältnisse in den letzten sechs Monaten	
201		Anschrift
202	von-bis (_____)	
203	von-bis (_____)	
204	von-bis (_____)	

3. Kranken- und Pflegeversicherung			
301		Antragsteller/in	Angehörige/r
302	Wo sind Sie versichert?		
303	Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <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"/> nicht versichert - § 264 SGB V
304	Haben Sie eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, - Bitte fügen Sie die Police bei.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Police bei.
305 Angaben zur Pflegebedürftigkeit			
306	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
307	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: _____
308	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"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst/Essen auf Rädern <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"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst/Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> _____
309	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: _____	

4. Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung	
401	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder eine/n Bevollmächtigte(n)?
402	Familienname, Vorname
403	Adresse
404	Telefonnummer

5. Unterhalt						
501 Angaben zu Angehörigen (z.B. Kinder, Eltern, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten; bitte nutzen Sie ggf. ein zusätzliches Blatt)						
502	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Beruf/derzeitige Tätigkeit/Selbstständigkeit	Anschrift
503						
504						
505						
506						
507						
508		Antragsteller/in			Angehörige/r	
509	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	
510	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	

6. Mehrbedarf			
601		Antragsteller/in	Angehörige/r
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 hinderung	Be-	
		<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.		Bankverbindung	
701	Kontoinhaber		
702	Kreditinstitut		
703	IBAN		
704	BIC		
705	Mit folgenden Direktzahlungen bin ich einverstanden:	<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter Zahlung an Dienstleister	<input type="checkbox"/> Energiekosten an den Versorger <input type="checkbox"/>

Ich nehme zur Kenntnis: Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfgewährenden 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 beigefügt 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).

Das Informationsblatt „Hinweise Datenschutz nach der DSGVO“ habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Angehörige/r