

Hinweise:
 Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 4 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

| 1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen | 1. Person | 2. Person |
|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen! | Antragsteller(in) 1 | <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft |
| Familienname, auch Geburtsname, Vorname | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) | | |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| Rentenversicherungs-Nr. | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit _____ | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit _____ |
| Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status | | |
| Betreuer(in) (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) | | |
| Anschrift des / der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) | | |
| Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil | | |
| Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? | Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung: | Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung: |
| Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann? |

| 2. Unterhalt | nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist: | |
|--|--|--|
| Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt? | Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: weitere Kinder: | Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: weitere Kinder: |
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) | <input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) |
| Falls ja: Familienname, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten / Partners | | |
| Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (freiwillig: Telefon) | | |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| jährliches Einkommen in Euro des / der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin | | |

Bitte alle Beträge in Euro angeben!

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! -

| | | | | |
|--|---|-----------------|--|--|
| Zahl der Personen in der Wohnung: | Person(en) | Wohnfläche: | m ² | Baujahr des Hauses: |
| Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten): | | EUR | | |
| davon Kaltmiete: | | EUR | | |
| Nebenkosten: | | EUR | | |
| Enthalten die oben genannten Beträge | | | | |
| - Kosten für Haushaltsstrom? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: | | EUR |
| - Kosten für Warmwasserbereitung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: | | EUR |
| - Kosten für Schönheitsreparaturen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: | | EUR |
| - Kosten für den Fernsehempfang über Kabel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: | | EUR |
| falls ja: Zählen Sie den Fernsehempfang über Kabel zu Ihren persönlichen Bedürfnissen? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Höhe der Einnahmen aus Untervermietung in Euro: | | | <input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer | <input type="checkbox"/> möblierte Wohnung |
| | | | <input type="checkbox"/> Leerzimmer | |
| Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten: | | | | (Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!) |

3.2 Heizkosten - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! -

| | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Höhe der monatlichen Kosten in Euro: | Art der Beheizung | <input type="checkbox"/> Kohle | <input type="checkbox"/> Öl | <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Strom | <input type="checkbox"/> Fernwärme | <input type="checkbox"/> sonstige Art |
| Enthalten die oben genannten Beträge | | | | | | | |
| - Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z. B. Gas)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: | | | | EUR | |
| - Kosten für Warmwasserbereitung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: | | | | EUR | |

3.3 Haus- / Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus- / Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!

3.4 Mehrbedarf

| | 1. Person | 2. Person |
|--|--|--|
| Schwerbehindertenausweis? (Ggf. Kopie des Ausweises beifügen!) | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ |
| Merkzeichen G oder aG? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? (Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!) | <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie allein erziehend? | <input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein | |
| Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XII? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein |

3.5 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

| | |
|---------------------------|--|
| Wo sind Sie versichert? | |
| Höhe des monatl. Beitrags | |

3.6 Persönliche Situation

| | | | |
|--|---|--|---|
| Wünschen Sie Beratung und Unterstützung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wünschen Sie Beratung und Unterstützung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| falls ja: Zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation? | | falls ja: Zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation? | |

4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen! - z. B. Steuer-, Renten-, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

| | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einkommen | monatlicher Betrag <small>Nicht monatliche Betragsangaben bitte kennzeichnen!</small> | Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens |
| | monatlicher Betrag <small>Nicht monatliche Betragsangaben bitte kennzeichnen!</small> | Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens |
| nichtselbständige Tätigkeit (z. B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen) | | |
| Leistung der Krankenkasse (einschließlich Arbeitgeberzuschuss) | | |
| Gewerbebetrieb | | |
| Land- und Forstwirtschaft | | |
| sonstige selbständige Tätigkeit | | |
| Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!) | | |
| Wohngeld / Lastenzuschuss | | |
| Renten / Pensionen (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss /-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente o. ä.) | | |
| Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | | |
| Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz | | |
| Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | | |
| Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) | | |
| Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z. B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe) | | |
| Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag) | | |
| Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben? | Betrag _____ <input type="checkbox"/> nein | Betrag _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Ausbildungsförderung | | |
| Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt) | | |
| privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld) | | |
| Steuererstattung | | |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen) | | |
| Guthaben aus Abrechnungen | | |
| sonstige Einkünfte | | |

5. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 4 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

| | | |
|---|--|--|
| keine absetzbaren Beträge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausgaben | monatlicher Betrag | monatlicher Betrag |
| Steuern auf das Einkommen | | |
| Sozialversicherungsbeiträge | | |
| Haftpflichtversicherung | | |
| Hausratversicherung | | |
| Altersvorsorgebeiträge | | |
| Sterbeversicherung | | |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | | |
| Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen | | |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle | km | km |
| Kosten öffentl. Verkehrsmittel | | |
| bei Nutzung eines Kfz. | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa |

| | | |
|--------------------|---|----------------|
| Antragsteller(in): | Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) | Seite 4 Az: |
|--------------------|---|----------------|

6. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

| | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1. Person | 2. Person |
| kein Vermögen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Art des Vermögens | belegter Vermögenswert | geschätzter Vermögenswert | belegter Vermögenswert | geschätzter Vermögenswert |
|---|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| Bargeld | | | | |
| Bank- / Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen) | | | | |
| Wertpapiere / Aktien | | | | |
| Forderungen | | | | |
| Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen) | | | | |
| Hauseigentum | | | | |
| sonstiger Grundbesitz | | | | |
| Kraftfahrzeug(e) | | | | |
| staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente) | | | | |
| Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | | | | |
| sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte | | | | |
| sonstiges Vermögen | | | | |

7. Vermögensübertragungen

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)? | <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: Wann? In welcher Höhe? | | <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: Wann? In welcher Höhe? | |

8. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

| | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

9. Eventuell zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

| |
|--|
| IBAN, BIC, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers |
|--|

Erklärung

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. 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 Grundsicherungsleistungen 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 und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| | |
|-----------|--------------|
| 1. Person | Unterschrift |
|-----------|--------------|

| | |
|-----------|--------------|
| 2. Person | Unterschrift |
|-----------|--------------|