

35	Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung	☐	☐
36	Suchtabhängigkeit	☐	☐
37	Überschuldung	☐	☐
38	Ohne eigene Wohnung	☐	☐
39	☐ vollstationäre Unterbringung (z. B. Heim, Krankenhaus, Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)		
40	☐ teilstationäre Unterbringung (z. B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)		

II. Familienverhältnisse:

Außer der hilfebedürftigen Person und ihrem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in der Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder)

		1	2	3	4
41	Familienname (ggf. Geburtsname)				
42	Vorname(n)				
43	Geburtsdatum				
44	Geburtsort/Kreis / Land				
45	Staatsangehörigkeiten				
46	Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	☐ gültig bis	☐ gültig bis	☐ gültig bis	☐ gültig bis
47	a) Duldung	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
48	b) Niederlassungserlaubnis	☐ gültig seit	☐ gültig seit	☐ gültig seit	☐ gültig seit
49	c) Aufenthaltserlaubnis	☐ gültig bis	☐ gültig bis	☐ gültig bis	☐ gültig bis
50	Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*
51	Verwandtschaftsverhältnis zur hilfebedürftigen Person				
52	(bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse				
53	Sonstiges				
54	Sonstiges				
55	Bei Leistungsberechtigten im Alter von 15 bis unter 65 Jahren: Erwerbsstatus:				
56	a) Vollzeiterwerbstätig	☐ seit	☐ seit	☐ seit	☐ seit
57	b) Teilzeiterwerbstätig	☐ seit	☐ seit	☐ seit	☐ seit
58	Name u. Anschrift d. Arbeitgebers				
59	c) Arbeitslos gemeldet – mit SGB III-Leistung	☐ seit	☐ seit	☐ seit	☐ seit
60	Beginn der SGB III-Leistung	Datum	Datum	Datum	Datum
61	d) Arbeitslos gemeldet – mit SGB II-Leistung	☐ seit	☐ seit	☐ seit	☐ seit
62	Stamm-/Kunden-Nr.:				
63	Nicht erwerbstätig				
64	e) wegen Aus- und Fortbildung	☐	☐	☐	☐
65	f) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege v. Familienangehörig.)	☐	☐	☐	☐
66	g) wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit	☐	☐	☐	☐
67	h) aus Altersgründen	☐	☐	☐	☐
68	i) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	☐	☐	☐	☐
69	Besondere soziale Situation bei der Hilfefewährung:				
70	Tod eines Familienmitgliedes	☐	☐	☐	☐
71	Trennung/Scheidung	☐	☐	☐	☐
72	Geburt eines Kindes	☐	☐	☐	☐
73	Freiheitsentzug; Haftentlassung	☐	☐	☐	☐

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

	1	2	3	4
70 Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung	☐	☐	☐	☐
71 Suchtabhängigkeit	☐	☐	☐	☐
72 Überschuldung	☐	☐	☐	☐
73 Ohne eigene Wohnung	☐	☐	☐	☐
74 ☐ vollstationäre Unterbringung (z. B. Heim, Krankenhaus, Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)				
75 ☐ teilstationäre Unterbringung (z. B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)				

Falls der/die Leistungsberechtigte ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

76 Familienname, Vorname des Kindes		
77 Familienname, Vorname des/der Unterhaltspflichtigen		
78 Wohnanschrift des Unterhaltspflichtigen		
79 Name und Anschrift des Vormunds, Pflegers, Betreuers		
80 Festgestellter Unterhaltsbetrag/Monat	EUR	EUR
81 In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR	EUR
82 Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.		

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

Bei allen Hilfen nach SGB XII (außer bei Leistungen zum Lebensunterhalt an Minderjährigen)

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

83 Verfügt eines Ihrer Kinder/ein Elternteil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 EUR jährlich (Summe aus allen bezogenen Arbeitsentgelten und -einkommen)	☐ nein ☐ ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 92 Adressen an)		☐ nein ☐ ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 92 Adressen an)	
84 Familienname, ggf. Geburtsname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen	1	2	1	2
85 Vorname(n)				
86 Geburtsdatum				
87 Geburtsort				
88 Staatsangehörigkeit				
89 Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden/ aufgehoben ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnersch.*
90 Verwandtschaftsverhältnis z. Antragsteller				
91 Wohnanschrift: PLZ, Ort,				
92 Straße, Nr.				
93 Beruf/ausgeübte Tätigkeit (soweit nicht bereits in Zeile 83 eingetragen)				
94 Arbeitgeber Name, Anschrift				
95 (wenn Rentenempfänger) Art der Rente				
96 Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	☐ Auf Unterhalt wurde verzichtet ☐ Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht ☐ Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) ☐ Unterhalt wird gezahlt ☐ jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: EUR		☐ Auf Unterhalt wurde verzichtet ☐ Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht ☐ Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) ☐ Unterhalt wird gezahlt ☐ jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: EUR	

IV. Einkommensverhältnisse der hilfebedürftigen Person und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

	Art des Einkommens monatlich (auch ausländisches Einkommen!)	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
97	Kein Einkommen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
98	Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
99	Gewerbe/Handel/Freiberufe						
100	Land- und Forstwirtschaft						
101	Vermietung und Verpachtung Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)						
102							
103	Sonstige Einkünfte						
104	Arbeitslosengeld nach SGB III						
105	Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld) nach SGB II						
106	Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
107	Leistungen der Krankenversicherung						
108	Leistungen der Pflegeversicherung						
109	Mutterschaftsgeld						
110	Leistungen für Kinder Kindergeld						
111	Kinderzulage						
112	Unterhaltsvorschuss nach UVG						
113	Elterngeld						
114	Erziehungsgeld						
115	Unterhalt nach BGB/LPartG						
116	Unterhaltssicherung nach USG						
117	Wohngeld						
118	Renten/Pensionen Altersrente						
119	Erwerbsminderungsrente						
120	Rente wegen Arbeitslosigkeit						
121	Witwen-/Witwerrente						
122	Waisenrente						
123	Landwirtschaftliches Altersgeld						
124	Knappschaftsrente						
125	Betriebsrente						
126	Zusatzrente						
127	Unfallrente						
128	Sonstige Renten						
129	Pensionen						
130	Leibrenten						
131	Sonstige Leistungen LAG-Kriegsschadenrente						
132	Leistungen nach dem SGB XIV (Soziale Entschädigung)						
133	BAföG-Leistungen						
134	Blindengeld						
135	Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler						
136	Übergangsgeld						
137							
138							
139							
140							

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

		Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1	2	3	4
141	Keine absetzbaren Beträge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ausgaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
142	Steuern auf Einkommen einschließlich Soli						
143	Kranken-/Pflegeversicherung						
144	Arbeitslosenversicherung						
145	Rentenversicherung						
146	Altersvorsorgebeiträge						
147	-versicherung						
148	-versicherung						
149	Lebensversicherung						
150	Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
151	– Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
152	– Benutztes Verkehrsmittel						
153	– Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
154							
155							

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland!) - ggf. Beiblatt verwenden - (Bitte Nachweise beifügen!)

		Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1	2	3	4
156	Kein Vermögen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
157	Bargeld						
158	Bank-/Sparguthaben (einschließlich Vermögenswirksamer Leistungen)						
159	Kreditinstitut						
160	Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert						
161	Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 191 bis 194 beachten)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
162	Haus/Wohneigentum** – Haus/Eigentumswohnung • Größe Grundstück • Größe Haus/m ² • Anzahl Wohnungen						
163	Sonstiger Grundbesitz** • Art/Nutzung • Verkehrswert • Sonstiges						
164	Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung						
165	Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
166	Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
167	Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonstige Vermögensgegenstände etc.)						

** Wert, Größe sowie Lage Ihres Immobilienvermögens ist durch die Einreichung geeigneter Dokumente (Katasterauszug, Grundbuchauszug, Fotos etc.) nachzuweisen.

VII. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	Nachweise beifügen!
168	Ernährungsbedingter Mehrbedarf ☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	Ärztliches Attest
169	Eingeschränkte Mobilität (Merkzeichen G oder aG) ☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	Schwerbehindertenausweis
170	Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderstätte ☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	Nachweis über Verpflegungskosten
171	Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	Entbindungstermin
172	Alleinerziehung ☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	

VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

173	Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? ☐ nein ☐ ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde	Bemerkungen
-----	--	-------------

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

174	Glaubt die hilfebedürftige Person oder sein/ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?	☐ Nein ☐ Ja, und zwar ☐ aus der Sozialversicherung ☐ aus Krankheit ☐ aus Unfall ☐ aus dem Lastenausgleich ☐ als Kriegsbeschädigte(r) ☐ aus anderem Rechtsgrund, nämlich
175	Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt?	
176	Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? ☐ nein ☐ ja, bei	Az.

3. Versicherungsansprüche (auch im Ausland!)

177	Sind Sie privat kranken- und pflegeversichert ?	☐ nein ☐ ja
178	Bei welcher Versicherung?	Monatsbeitrag EUR
179	Basistarif	☐ nein ☐ ja
180	Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?	Monatsbeitrag EUR
181	Versichert als	☐ Pflichtmitglied ☐ freiw. Mitglied ☐ Rentenantragsteller ☐ Rentner
182	Familierversichert bei	
183	Wenn Sie derzeit nicht Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind:	
184	Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, wann? Von bis
185	Bei welcher Kranken- und Pflegekasse?	
186	Versichert als	☐ Pflichtmitglied ☐ freiw. Mitglied ☐ Renten-antragsteller ☐ Rentner ☐ Familien-versicherter
187	Besteht eine Sterbegeldversicherung /ein Bestattungsvorsorgevertrag ?	☐ nein ☐ ja, welche
188	Aktueller Rückkaufswert	EUR
189	Lebensversicherung besteht bei Gesellschaft	
190	Höhe der Versicherungssumme	EUR fällig am:
191	Vertrags-Nummer	
192	Aktueller Rückkaufswert	EUR
193	Besteht ein Rentenanspruch , ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?	☐ nein ☐ ja, beantragt bei
194	Falls der Antrag abgelehnt wurde	wann?
195		warum?
196	Werden Beiträge zur Rentenversicherung/ zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet?	☐ nein ☐ ja
197	Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	
198	Sind Sie im Besitz eines Versicherungsnummernausweises?	☐ nein ☐ ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen
199	Versicherungsnummer (Bitte unbedingt angeben!)	
200	Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?	☐ nein ☐ ja, bei

IX. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete für Wohnung (Bitte Nachweise beifügen!)

201	Zahl der Personen in der Wohnung:	Anzahl	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	davon untervermietet:	m ²
202	Gesamtkosten der Unterkunft:						EUR
203	davon Kaltmiete:						EUR
204	Nebenkosten:						EUR
205	Heizungskosten:	☐ Zentralheizung	Art der Beheizung:	☐ Holz/Kohle	☐ Gas	☐ Öl	☐ Strom
		☐ Einzelheizung		☐ Fernwärme			EUR
206	Kosten für Stellplatz/Garage:						EUR
207	Einnahmen aus Untervermietung						EUR
208	Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten?						EUR
		☐ nein		☐ ja, in Höhe von			
209	– Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?						EUR
		☐ nein		☐ ja, in Höhe von			

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

210	Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).
-----	--

3. Miete für besondere Wohnform der Eingliederungshilfe; ehemals stationäre Einrichtung (Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen!)

211	Wurde ein Zimmer in einer Wohneinrichtung angemietet mit zusätzlicher Möglichkeit zur Nutzung von Gemeinschaftsflächen?			☐ ja	☐ nein
212	Gesamtkosten der Unterkunft	EUR	Zusätzliche Wohnkosten: Möblierungszuschlag für das eigene Zimmer Haushaltsstrom Instandhaltung der angemieteten Räume Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten Gebühren für Telefon, Rundfunk, TV und Internet	EUR	
213	davon Kaltmiete	EUR		EUR	
214	Nebenkosten	EUR		EUR	
215				EUR	
216				EUR	

4. Sonstige Angaben zur Unterkunft

217	Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt?			☐ ja	☐ nein
218	Bestehen Mietschulden?			☐ nein	☐ ja, in Höhe von EUR
219	Bestehen Schulden für Energielieferungen?			☐ nein	☐ ja, in Höhe von EUR
220	Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen?				
		☐ nein	☐ ja, welche?		

X. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

221	Erwerbsstatus	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
222	Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	☐	☐
223	Erwerbstätig als		
224	Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von bis	von bis
225		von bis	von bis
226	Auslandsaufenthalte in den letzten drei Jahren	☐ nein ☐ ja Wenn ja, dann bitte die Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ausfüllen.	☐ nein ☐ ja Wenn ja, dann bitte die Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ausfüllen.
227	Arbeitslos	☐ nein ☐ ja, seit	☐ nein ☐ ja, seit
228	Stamm-Nr./Kunden Nr.		
229	Nicht erwerbstätig a) wegen Aus- und Fortbildung	☐	☐
230	b) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörig.)	☐	☐
231	c) wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit	☐	☐
232	d) aus Altersgründen	☐	☐
233	e) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	☐	☐

XI. Sonstiges:

234	Erhalten Sie aktuell Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder haben Sie diese Leistung kürzlich beantragt?	☐ nein ☐ ja von _____ bis _____ am _____ Von/bei (Bezeichnung der Behörde) _____
235	Bei Aufenthalt in einer stationären Einrichtung/Heim oder dem Verlassen der Einrichtung/Heim ; bei besonderer Wohnform der Eingliederungshilfe (Ein -und Auszug)	
236	a) (bei Aufnahme in eine stationären Einrichtung/Heim/Einzug in eine besondere Wohnform) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Einzug/Aufnahme	
237	b) (bei Übertritt/Umzug von einer stationären Einrichtung/Heim/besonderen Wohnform in eine andere dieser Versorgungsformen) Wann und wo erfolgte erstmals die Aufnahme/Einzug in eine stationäre Einrichtung/Heim/besondere Wohnform?	
	Wer war bisher Kostenträger?	
	Bezeichnung und Ort der stationären Einrichtung/Heim/besonderen Wohnform	
238	c) (bei Auszug aus stationärer Einrichtung/Heim/besonderer Wohnform) Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer dieser Versorgungsformen?	

XII. Bankverbindung: Girokonto der hilfebedürftigen Person:

239	Name und Sitz des Geldinstituts	
240	IBAN	BIC
	Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich)	

Erklärung der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partners eheähnliche Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich **wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.** Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsofopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

241 ☐ Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

242			
	Ort, Datum	Unterschrift der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers oder seines gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner eheähnliche Gemeinschaft

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

243 Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller Unterschrift des Aufnehmenden

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).

Vorstehende Angaben entsprechen ☐ der Wahrheit ☐ nicht der Wahrheit. Die Notlage wird ☐ anerkannt ☐ nicht anerkannt.

(Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)

Ort. Datum

Mit _____ Anlagen an
die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

244 | A