

Eingang:	Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	Aktenzeichen:
----------	--	---------------

- Antrag auf
- Hilfe zum Lebensunterhalt
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 - sonstige Leistungen (z.B. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen; Hilfe zur Pflege):
 -

In der Wohnung leben folgende Personen (wenn Sie für diese Leistungen beantragen möchten, bitte jeweils ankreuzen):					
1. Person _____	<input type="checkbox"/>	4. Person _____	<input type="checkbox"/>		
2. Person _____	<input type="checkbox"/>	5. Person _____	<input type="checkbox"/>		
3. Person _____	<input type="checkbox"/>	6. Person _____	<input type="checkbox"/>		

Für die Angaben zur dritten und weiteren Personen füllen Sie bitte den Ergänzungsbogen aus.

1.	Persönliche Verhältnisse
-----------	---------------------------------

101	1. Person	2. Person
102	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
103	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"/> _____

Bitte legen Sie Ihre Personaldokumente vor.

104	Familiename		
105	Geburtsname		
106	Vorname		
107	Geburtsdatum und Geburtsort		
108	Straße, Hausnummer		
109	PLZ, Ort		
110	Telefonnummer		
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 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
113	Staatsangehörigkeit		
114	Sind Sie Spätaussiedler/in?	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Für Ausländer			
----------------------	--	--	--

115	Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status?		
116	Sind Sie Kontingentflüchtling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
117	Wann/warum sind Sie nach Deutschland eingereist?	Datum: _____ Grund: _____	Datum: _____ Grund: _____
118	Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt?		

Angaben zur Betreuerin / zum Betreuer / Beistandschaft des Jugendamtes			
---	--	--	--

119	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde/ Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde/ Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein
120	Familiename, Vorname		
121	Adresse		
122	Telefonnummer		

Sonstige Angaben						
123	Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?		<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Aus: _____ <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Aus: _____ <input type="checkbox"/> Nein	
124	Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus o. ä.)?		<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____		<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____	
125	Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?		<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ _____		<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ _____	
126	Leben Sie in einer ambulant betreuten Wohnform?		<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____		<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____	
127	Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?		<input type="checkbox"/> Ja – bis wann? _____ Wo? _____		<input type="checkbox"/> Ja – bis wann? _____ Wo? _____	
▶ Wenn Sie eine der Fragen 124 bis 127 mit Ja beantwortet haben:						
128	Wer hat die Kosten getragen?					
2. Unterhalt						
▶ Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B.: Scheidungsurteil, Unterhaltsregelung).						
Angaben zu dem / der geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten / Ehegattin oder Partner / Partnerin						
201		1. Person		2. Person		
202	Familienname					
203	Vorname					
204	Geburtsdatum und -ort					
205	Straße, Hausnummer					
206	PLZ, Ort					
207	Haben Sie Unterhaltsansprüche gegen Ihre/n geschiedene/n oder getrennt lebende/n Ehegatten/ Ehegattin oder Ihre/n Partner/ Partnerin einer Lebenspartnerschaft?		<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe auf Unterhalt verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt <input type="checkbox"/> Ja, aber ich habe meine Unterhaltsansprüche noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe meine Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel		<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe auf Unterhalt verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt <input type="checkbox"/> Ja, aber ich habe meine Unterhaltsansprüche noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe meine Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel	
Angaben zu weiteren unterhaltspflichtigen Angehörigen (z.B.: Eltern, Kindesvater/-mutter außerhalb des Haushaltes; Kinder – auch aus früheren Ehen – , nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder)						
208	Familienname, Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Beruf / z .Zt. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
209			Zu Person Nr.:			
210			Zu Person Nr.:			
211			Zu Person Nr.:			
212			Zu Person Nr.:			
213			Zu Person Nr.:			
214	Verfügt Ihr Vater oder Ihre Mutter oder eines Ihrer Kinder über erhebliches Einkommen (über 100.000 EUR jährlich)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wer? _____		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wer? _____	

3. Kosten der Unterkunft		
301	Wohnen Sie mietfrei? (Falls ja, müssen die Zeilen 302 bis 315 nicht ausgefüllt werden.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▶	1. Wenn Sie in einer stationären Einrichtung leben und Ihr Ehegatte oder Ihr/e Partner/in in einer eigenen Wohnung lebt, müssen Sie Angaben zu deren / dessen Wohnung machen. 2. 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 nachzuweisen.	
Angaben zur Wohnung und zur Wohnungsmiete		
▶	Bitte legen Sie Ihren Mietvertrag und sofern vorhanden das letzte Mieterhöhungsschreiben und die letzte Nebenkostenabrechnung vor.	
302	Wie viele Personen leben in der Wohnung?	
303	Wie groß ist die Wohnfläche?	_____ m ²
304	Wann sind Sie in die Wohnung eingezogen?	
305	Wie hoch ist die Miete einschließlich Nebenkosten (ohne Heizkosten)?	_____ EUR
306	Ist die Wohnung möbliert gemietet? (Falls ja, bitte die dafür anfallenden Kosten angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ EUR
307	Zahlen Sie Nebenkosten für den Haushaltsstrom an Ihren Vermieter? (Falls ja, bitte die Kosten angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ EUR
308	Wie erfolgt die Beseitigung von Restabfällen? (Falls Abfallsäcke, bitte Bescheinigung des Vermieters oder Abfallgebührenbescheid beifügen.)	<input type="checkbox"/> Abfalltonne <input type="checkbox"/> Abfallsäcke
309	Haben Sie Einnahmen aus Untervermietung? (Falls ja, bitte die Höhe der Untermieteinnahme angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ EUR
310	Falls ja, was haben Sie vermietet?	<input type="checkbox"/> Möbliertes Zimmer <input type="checkbox"/> Möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer
Angaben zur Heizung und den Energiekosten		
▶	Bitte legen Sie die letzte Heizkostenabrechnung Ihres Vermieters und / oder die letzte Abrechnung Ihres Energieversorgungsunternehmens vor.	
311	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
312	An wen zahlen Sie Ihre Heizkosten?	<input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Energieversorgungsunternehmen
313	Wie hoch ist die monatliche Vorauszahlung für Heizkosten?	_____ EUR
314	Sind in der Heizkostenvorauszahlung Kosten für die Warmwasserbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
315	Was für einen Herd haben Sie?	<input type="checkbox"/> Gasherd <input type="checkbox"/> Elektroherd
4. Kranken- und Pflegeversicherung		
▶	Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedschaftsbescheinigung vor – bei Privatversicherung auch über den Versicherungsumfang.	
401		1. Person 2. Person
402	Wo sind Sie versichert?	
	Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat
403	Bei freiwilliger oder privater Versicherung: Wie hoch ist der monatliche Beitrag?	_____ EUR _____ EUR
404	Sind Sie im Krankheits- oder Pflegefall beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____
5. Mehrbedarf		
▶	Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B.: Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid über die Schwerbehinderung; ärztliche Bescheinigungen).	
501		1. Person 2. Person
502	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____
503	Falls ja: Ist das Merkzeichen „G“ oder „aG“ eingetragen?	Grad der Behinderung _____ % Grad der Behinderung _____ % <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
504	Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> genaue Ursache ist nicht bekannt <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> genaue Ursache ist nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____ <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____

505	Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Haftpflichtversicherung) (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
506	Wurde gegen den Schadenverursacher geklagt? (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
507	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
508	Falls ja: Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin?	_____	_____
509	Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
510	Benötigen Sie wegen einer Krankheit oder Behinderung eine besondere und deswegen teure Ernährung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Falls ja, erhalte ich weitere Unterlagen, die von meinem Arzt auszufüllen sind.	

6. Versorgungsbedarf


▶ Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B.: Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid über die Schwerbehinderung; ärztliche Bescheinigungen).

	1. Person	2. Person
601		
602	Benötigen Sie Hilfe im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
603	Falls ja: Wofür und wie häufig?	_____
604	Wer leistet die Hilfestellung?	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn <input type="checkbox"/> Hilfsdienst – welcher? _____
605	Benötigen Sie Hilfen zur Pflege an Ihrer Person?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
606	Falls ja: Wofür und wie häufig?	_____
607	Wer leistet die Hilfestellung?	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn <input type="checkbox"/> Hilfsdienst – welcher? _____
608	Wie hoch sind die notwendigen Kosten?	_____ EUR monatlich
609	Wurde ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
610	Warum sind Sie pflegebedürftig?	wegen: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Fremdvverschulden

7. Einkommen

**▶ 1. Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind.
2. Bitte legen Sie Ihre Einkommensnachweise der letzten 12 Monate vor, wie z. B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung, Steuerbescheid.**

	1. Person	2. Person
701		
702	Üben Sie derzeit eine Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein
703	Einkommensart	Monatlicher Betrag
704	Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
705	Altersrente / Pensionen	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
706	Landwirtschaftliches Altersgeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
707	Unfallrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
708	Witwenrente / Waisenrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
709	Betriebs- / Werksrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
710	Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
711	Sonstige Rente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
712	Private Rente (z. B.: Riester)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
713	Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
	Wird die Leistung an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

714	Kindergeldzuschlag	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
715	Elterngeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
716	Wohngeld / Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
717	Leistung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
718	Leistung der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
719	Arbeitslosengeld II („Hartz IV“)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
720	Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch III (z.B.: Arbeitslosengeld I / Berufsausbildungs-beihilfe / Eingliederungshilfe)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
721	Ausbildungsförderung – BAföG	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
722	Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
723	Unterhalt	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
724	Erwerbseinkommen / Ausbildungsvergütung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
725	Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
726	Einkünfte aus:				
	Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
	Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
	Vermietung und Verpachtung (Untermiete in Zeile 309 angeben)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
	Kapitalvermögen (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
	Sonstiger Tätigkeit (z.B. Kinderbetreuung, Unterricht, Künstler)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
727	Steuererstattung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
728	Geldwerte Ansprüche (z.B. freie Beköstigung, Wohnrecht, Leibrente, Pflege)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
729	Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
730	Ich erkläre ausdrücklich, kein Einkommen zu haben	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja	
731	Haben Sie eine oder mehrere der o. g. Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Zahlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls Ja, welche Leistung?: _____ Bitte legen Sie einen Nachweis über die Antragstellung vor.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls Ja, welche Leistung?: _____ Bitte legen Sie einen Nachweis über die Antragstellung vor.	
Vom Einkommen möglicherweise absetzbare Beträge					
	Bitte nur angeben, soweit Sie diese nicht bereits bei den Angaben zum Einkommen berücksichtigt haben. Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor.				
732	Ausgaben	Monatlicher Betrag		Monatlicher Betrag	
733	Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
734	Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
735	Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
736	Gewerkschaftsbeiträge o. ä.	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
737	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
738	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
739	Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
740	Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Tätigkeit (Wenn Sie keine Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit haben, müssen die Zeilen 741 bis 743 nicht ausgefüllt werden.)					
741	Wie weit ist Ihre Wohnung von Ihrer Arbeitsstelle entfernt?	_____ km		_____ km	
742	Haben Sie Kosten für öffentliche Verkehrsmittel für den Weg zur Arbeitsstelle?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ EUR monatlich		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ EUR monatlich	
743	Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	

Vermögen			
<p>▶ 1. Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch geringfügige oder im Ausland befindliche, anzugeben. Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. 2. Bitte legen Sie für Ihre Vermögenswerte Nachweise vor, wie z.B.: Sparbücher, Kontoauszüge, Versicherungspolice, Kraftfahrzeugscheine.</p>			
801	Vermögensart	1. Person	2. Person
802	Bargeld	Höhe _____ EUR	Höhe _____ EUR
803	Girokonten	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
804	Sparguthaben (inklusive vermögenswirksame Leistungen)	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
805	Sparverträge	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
806	Bausparverträge	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
807	Wertpapiere / Aktien / Depotkonten / Fonds	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
808	Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
809	Sterbeversicherungen / Bestattungsvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
810	Haus- / Wohnungseigentum	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
811	Sonstiger Grundbesitz	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
812	Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
813	private Altersvorsorge (z.B.: Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
814	Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohn-, Altenteilsrecht, Nießbrauch)	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
815	Forderungen gegenüber Dritten (z. B.: Arbeitgeber; Erbsprüche)	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
816	Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
817	Ich erkläre ausdrücklich, kein Vermögen zu haben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Vermögensübertragungen			
<p>▶ 1. Es sind sämtliche Vermögensübertragungen, auch geringfügige, anzugeben. 2. Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor.</p>			
818		1. Person	2. Person
819	Haben Sie in den letzten zehn Jahren vor dieser Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen (z. B. durch Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mit Urkunde / Vertrag Vermögensart: _____ Am: _____ In Höhe von: _____ An: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mit Urkunde / Vertrag Vermögensart: _____ Am: _____ In Höhe von: _____ An: _____ <input type="checkbox"/> Nein
9. Bankverbindung			
901	Kontoinhaber		
	Kreditinstitut		
902	Konto-Nummer / IBAN		
903	Bankleitzahl / BIC		
904	Mit folgenden Direktzahlungen bin ich einverstanden:	<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter <input type="checkbox"/> Energiekosten an den Versorger <input type="checkbox"/> Beitrag an die Kranken- bzw. Pflegekasse	

Ich nehme zur Kenntnis: 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. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Ich erkläre: Den Antrag auf Sozialhilfeleistungen 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 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 mitzuteilen. 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.

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.
Ich weiß, dass ich diesen Verzicht jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Datum _____

1. Person Unterschrift _____

2. Person Unterschrift _____