

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)
- sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII), Krankenhilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Haushaltshilfe, Bestattungskosten, Altenhilfe

Antragsteller:

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Tel.Nr.

Begründung der Besonderheit des Einzelfalles: (z.B. Pflege, Überschuldung, Behinderung, Tod eines Familienangehörigen, Trennung/Scheidung, Geburt eines Kindes, Bestattungshilfe)

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrags erforderlich, die Datenerhebung erfolgt aufgrund von § 35 und § 60 ff. Sozialgesetzbuch I (SGB I) i.V.m. §§ 67 ff. SGB X. Es ist sichergestellt, dass Ihre Sozialdaten nur Befugten der Dienststelle zugänglich sind.

Ich bin auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ich der Übermittlung meiner besonders schutzwürdigen Sozialdaten bereits jetzt widersprechen muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin (§ 76 SGB X).

I. Persönliche Verhältnisse	der/des Hilfesuchenden (HS) <small>(Person, für die Hilfe beantragt wird. Bei Eheleuten: hier den Haushaltsvorstand eintragen)</small>	des Ehegatten <small>(auch wenn geschieden, verstorben, getrennt lebend)</small>	der leiblichen Eltern <small>(falls der/die HS minderjährig und unverheiratet ist (die Fragen sind auch zu beantworten, wenn die Eltern bereits verstorben sind))</small>	
			Vater	Mutter
Name				
auch Geburtsname und frühere Namen				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Wohnort (mit PLZ)	Land:	Land:	verstorben am:	verstorben am:
Straße, Nr., Ortsteil				

I. Persönliche Verhältnisse	der/des Hilfesuchenden (HS) (Person, für die Hilfe beantragt wird. Bei Eheleuten: hier den Haushaltsvorstand eintragen)	des Ehegatten (auch wenn geschieden, verstorben, getrennt lebend)	der leiblichen Eltern falls der/die HS minderjährig und unverheiratet ist (die Fragen sind auch zu beantworten, wenn die Eltern bereits verstorben sind)	
	seit:	seit:	Vater seit:	Mutter seit:
Familienstand led./verh./getr.leb./gesch./verw.				
Aussiedler/ Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit				
bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status				
Pers.-Ausw./Pass				
ausgestellt am/vom				
höchster Schulabschluss an allg.-bildenden Schulen				
erlernter Beruf				
höchster Berufsausbildungsabschluss				
zuletzt ausgeübter Beruf				
Beteiligung am Erwerbsleben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls nein: Grund der Nichterwerbstätigkeit				
arbeitslos gemeldet:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	seit Monat/Jahr	seit Monat/Jahr	seit Monat/Jahr	seit Monat/Jahr
Arbeitgeber				
zuletzt kranken- versichert bei:				
	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Kriegsbeschädigt gefallen am/ vermisst seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.

II. **Personen**, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in **Haushaltsgemeinschaft** lebt/leben (z.B. Kinder), soweit nicht bereits unter Ziff. I angegeben:

Persönliche Verhältnisse	Haushaltsangehöriger 1	Haushaltsangehöriger 2	Haushaltsangehöriger 3	Haushaltsangehöriger 4
Name				
auch Geburtsname und frühere Namen				
Vorname(n)				

II. **Personen**, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in **Haushaltsgemeinschaft** lebt/leben (z.B. Kinder), soweit nicht bereits unter Ziff. I angegeben:

Persönliche Verhältnisse	Haushaltsangehöriger 1	Haushaltsangehöriger 2	Haushaltsangehöriger 3	Haushaltsangehöriger 4
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Land				
Ist der/die Haushaltsangehörige mit d. HS verwandt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, Verwandtschaftsverhältnis				
wenn nein, Grund d. Aufnahme in die Hausgemeinschaft				
Familienstand led./verh./getr./leb./gesch./verw.	seit:	seit:	seit:	seit:
Aussiedler/ Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit				
bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status				
Pers.-Ausw./Pass				
ausgestellt am/vom				
höchster Schulabschluss an allg.-bildenden Schulen				
erlernter Beruf				
höchster Berufsausbildungsabschluss				
zuletzt ausgeübter Beruf				
Beteiligung am Erwerbsleben falls nein: Grund der Nichterwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
arbeitslos gemeldet:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit Monat/Jahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit Monat/Jahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit Monat/Jahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit Monat/Jahr
Arbeitgeber				
zuletzt krankenversichert bei:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:	vom: bis:
Kriegsbeschädigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v.H.
gefallen am/ vermisst seit				

III. Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige des/der Hilfesuchenden **außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**, soweit nicht bereits oben angegeben (z.B. eheliche, nichteheliche, für ehelich erklärte oder angenommene Kinder, die Eltern):

Nr.	Name, Vorname	Geb.Datum	Fam.-Stand	Verw.Verh. zum/zur HS	Straße, Nr. Wohnort, PLZ	Einkommen	Vermögen
1						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

IV. Sonstige Angaben für den/die Hilfesuchende(n):

a) **Betreuer/Vormund/Beistand bestellt**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	durch:	Az:
ggf. Name, Anschrift, Tel.Nr.:		

b) **Frühere Ehegatten, soweit nicht bereits auf Seite 1 angegeben:**

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag, Datum der Scheidung

c) **Soweit die Ehe** mit dem vorstehenden oder auf Seite 1 angegebenen Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde

Urteil des Land-/Familiengerichts in:	vom:	Az:
(Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen – falls nicht geregelt, Scheidungsurteil beifügen!)		

d) **Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Kinder** (ehel., für ehel. erklärte, an Kindes Statt angen., nichtehel. Kinder, Stief- und Pflegekinder, Enkel), **Ehegatten, Vater und/oder Mutter:**

Name, Vorname, Geburtsdatum, Sterbetag
--

e) **Beihilfeanspruch des/der Hilfesuchenden, seines/ihres Ehegatten oder seiner/ihrer Eltern** (aus Beschäftigung im öffentl. o.ä. Dienst, durch vertragliche Vereinbarung usw.)

nein ja

Beihilfeberechtigte(r):	Beihilfestelle
-------------------------	----------------

f) **Berufsunfähig / Erwerbsunfähig**

Name(n):	festgestellt durch:
----------	---------------------

g) **Schwerbehindert**

Name(n):	Grad d. Behinderung (GdB):	festgestellt vom Versorgungsamt:
----------	----------------------------	----------------------------------

h) **Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen?**

nein ja

vom:	bis:	Behörde:	Hilfeart:
------	------	----------	-----------

i) **Aufenthalt in den letzten 6 Monaten**

vom:	bis:	in:	in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn heute in einer Einrichtung untergebracht, wo war der Aufenthalt davor zuletzt?			
Bei Übertritt aus dem Ausland, Tag und Ort des Grenzübertritts:			

j) **Der derzeitige Aufenthalt ist**

<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> besuchsweise	bis
----------------------------------	---------------------------------------	-----

k) **Verdienstbringende Arbeit im letzten Jahr vor der Antragstellung** der unter Ziff. I und II angegebenen Personen:
 (Falls keine, letztes Arbeitsverhältnis angeben!)

von:	bis:	als:	bei Firma (PLZ, Ort)	Name/Sitz der Krankenkasse

l) **Bei nichtehelich geborenen Minderjährigen:**

Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages	€	Geht dieser lfd. in voller Höhe ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---	--------------------------------------	---

m) **Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden gestellt aber noch nicht entschieden:**

(z.B. Renten, Kindergeld, Versorgungsleistungen, Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz, Eingliederungshilfe beim Bezirk)

Tag, Behörde, Az.

--

n) **Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden abgelehnt:** (Bescheide zur Einsichtnahme beifügen!)

--

o) **Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden bewilligt** (z.B. Eingliederungshilfe beim Bezirk, Bescheide zur Einsichtnahme beifügen!)

--

p) **Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung wurden entrichtet (RV-Nummer)** nein ja

für:	Monate insgesamt:

V. Wohnverhältnisse des/der Hilfesuchenden und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen:

a) **Lebt der Hilfesuchende in einer eheähnlichen Gemeinschaft?** nein ja

Wenn ja, mit wem?	Name, Anschrift
Bemerkungen:	

b) Mietwohnung Untermieter

Miete	monatl. _____ €	- ohne Nebenkosten	Zahl der Räume
Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Gebühren)	monatl. _____ €	- bitte belegen	
Heizkostenpauschale für Zentralheizung	monatl. _____ €	- bitte belegen	Wohnfläche
Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

c) Eigentumswohnung eigenes Haus freies Wohnrecht

Anfallende Kosten
 (z.B. Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer, Gebühren) monatl. € - bitte belegen

zu b) und c): Werden die Brennstoffe selbst beschafft? nein ja

VI. 1 a) Einkommensverhältnisse der aufgeführten Personen:

Bruttoeinkommen ¹⁾ – monatlich Art (bitte belegen)	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z.B. Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	€
aa) Hilfesuchende(r)		
bb) Ehegatte		
falls d.HS minderjährig und unverheiratet ist, seine/ihre leibl. Eltern: 2) cc) Vater		
dd) Mutter		
ee) Kinder		

VI. 1 b) Vom Einkommen absetzbare Beträge (bitte belegen)

	Versicherungen (z.B. Haftpflichtversicherung) und mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben (z.B. Fahrtkosten)	€
aa) Hilfesuchende(r)		
bb) Ehegatte		
falls d. HS minderjährig und unverheiratet ist, seine/ihre leibl. Eltern:		
dd) Mutter		

¹⁾ Beispielhafte Einkommensangaben

Tätigkeit

selbstständige Arbeit
 unselbstständige Arbeit
 Krankengeld
 Schlechtwettergeld
 Arbeitslosengeld
 Arbeitslosenhilfe
 Übergangsgeld
 Konkursausfallgeld
 Kurzarbeitergeld
 Mutterschaftsgeld

Gesetzl. Rentenvers.

Berufsunfähigkeitsrente
 Erwerbsunfähigkeitsrente
 Altersruhegeld
 Witwen-/Waisenrente
 Unfallrente (...%)

Lastenausgleich

Unterhaltshilfe
 Entschädigungsrente

Versorgung (BVG, HHG, SVG, OEG)

Grundrente, Kleiderverschleiß
 Schwerbeschädigtenzulage
 Pflegezulage, Führhundzulage
 Elternrente
 sonstige BVG-Rente

Öffentlicher Dienstag

Leistungen nach dem
 Beamtenversorgungsgesetz

Rentenähnliche Leistungen

betriebliche Zuwendungen
 Zusatzrente
 Leibrente, Leibgeding
 Altersgeld für Landwirte
 Entschädigungsrente (BEG)
 Unterhaltsbeiträge
 Leistung von Stiftung
 Hilfswerk für behinderte
 Kinder

Sonstige Leistungen

Kindergeld (BKGG/EstG)
 Leistungen nach UVG
 Leistungen nach USG
 Leistungen nach BAföG

Einkommen aus Vermögen

Zinsen, Vermögensertrag
 Vermietung, Verpachtung

Sonstige Einkommen

VI. 2 a) Einkommensverhältnisse der Personen, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in Haushaltsgemeinschaft leben, soweit nicht bereits unter Ziff. I. angegeben:

Bruttoeinkommen – monatlich Art (bitte belegen)	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z.B.: Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	€
aa) Haushaltsangehöriger (1)		
bb) Haushaltsangehöriger (2)		
cc) Haushaltsangehöriger (3)		
dd) Haushaltsangehöriger (4)		

VI. 2 b) Vom Einkommen absetzbare Beträge (bitte belegen)

	Versicherungen (z.B. Haftpflichtversicherung) und mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben (z.B. Fahrtkosten)	€
aa) Haushaltsangehöriger (1)		
bb) Haushaltsangehöriger (2)		
cc) Haushaltsangehöriger (3)		
dd) Haushaltsangehöriger (4)		

VI. 3. Krankenversicherungsverhältnisse:

Krankenversicherung des/der Hilfesuchenden bei:

Pflichtmitglied
 freiwillig versichert
 familienversichert mit:

Rentenantragsteller
 Rentner

Pflegeversicherung des/der Hilfesuchenden bei:

VII. Besondere Belastungen wegen Kostenaufwendiger Ernährung

<input type="checkbox"/> Lipidsenkende Kost <input type="checkbox"/> Purinreduzierte Kost <input type="checkbox"/> Eiweißdefinierte Kost <input type="checkbox"/> Dialysediät <input type="checkbox"/> Natriumdefinierte Kost <input type="checkbox"/> Glutenfreie Kost <input type="checkbox"/> Diabeteskost <input type="checkbox"/> Vollkost	}	(bitte ein entsprechendes ärztliches Attest vorlegen!)
--	---	---

VIII. Vermögensverhältnisse des/der Hilfesuchenden, seines/ihrer Ehegatten, wenn minderjährig und unverheiratet, der Eltern und der Personen, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in Haushaltsgemeinschaft lebt/leben: (Bankbestätigungen bitte beilegen.)

	Bargeld	Spar- und Bankguthaben, Bau-spar und sonstige Sparverträge		Wertpapiere		Lebens- und Kapitalversicherungen		Sonstige Vermögen Forderungen
	€	Geldinstitut, BLZ, Kto.Nr.	Betrag	Art	€	Summe	Fälligkeit	
Hilfesuchen de(r)								
Ehegatte								
Vater								
Mutter								
Haushalts-angehörige r								
Haushalts-angehörige r								
Haushalts-angehörige r								
Haushalts-angehörige r								

a) Haus- und Grundvermögen

<input type="checkbox"/> Wohnhaus	Zahl der Wohnungen	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> gewerblich genutztes Grundstück
Eigentümer		ggf. Anteil v.H.	Einheitswert €
			geschätzter Verkehrswert €

b) Sonstiger Grundbesitz insges. ha

davon Bauland m ²	Bauerwartungsland m ²	Garten m ²	
Eigentümer		ggf. Anteil v.H.	Einheitswert €
			geschätzter Verkehrswert €
Flurstück Nr(n).		Gemarkung	
Es werden selbst bewirtschaftet (ha)		Es werden verpachtet (ha)	Es sind gepachtet (ha)

c) **Vermögensabgabe**

Wurden Vermögenswerte (z.B. Haus, Grundstück – bitte Übergabe- Überlassungs- oder Kaufverträge usw. beifügen -, Bar- oder Spargeld, Wertpapiere – wenn Abgabe in den letzten 10 Jahren erfolgte -) veräußert, übergeben, verschenkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja: Art, Höhe, Anlass, Zeitpunkt, Empfänger:

d) **Sind Sie Besitzer eines Kraftfahrzeuges**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	amtl. Kennzeichen:
---	--------------------

IX. Bestehen Ansprüche oder Rechte gegen Dritte? (z.B. aus Übergabevertrag, auf Wohnrecht, Wart und Pflege, Zahlung)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, Art und Höhe: (Nachweis beifügen)

X. Schulden (bitte belegen !)

Name des Gläubigers und des Schuldners, Grund der Schuldaufnahmen	Höhe der ursprünglichen Verbindlichkeit	derzeitige Restschuld	Zins monatlich		Tilgung monatlich	
			%	€	%	€

Bankverbindung des/der Hilfeempfänger(s/in):

Bankverbindung	
IBAN-Nr.	BIC-Nr.

Soweit nach bürgerlichem Recht ein Unterhaltsanspruch gegen Dritte vorliegt, geht dieser – unter Umständen – gemäß § 93 SGB XII auf den Sozialträger über.

Dies ist nicht der Fall, wenn

- laufend Unterhalt gezahlt wird,
- der/die Unterhaltspflichtige selbst Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 ff. SGB XII) oder Hilfe in besonderen Lebenslagen (§§ 53 ff. SGB XII) erhält,
- der/die Unterhaltspflichtige mit dem / der Hilfeempfänger(in) im zweiten oder in einem entfernten Grade verwandt ist,
- die Hilfeempfängerin schwanger ist oder sie ihr leibliches Kind bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres betreut,
- Leistungen nach §§ 41 ff. SGB XII gewährt werden,
- dies eine unbillige Härte bedeuten würde, die in der Regel bei unterhaltspflichtigen Eltern vorliegt, soweit einem Behinderten, einem von einer Behinderung Bedrohten oder einem Pflegebedürftigen nach Vollendung des 21. Lebensjahres Eingliederungshilfe für Behinderte oder Hilfe zur Pflege gewährt wird (§§ 53, 61 ff. SGB XII).

Hinweis:

Sie können selbst eine Bestätigung der Meldebehörde beibringen, aus der die Meldeadresse und der tatsächliche Aufenthalt des Hilfesuchenden und dessen Haushaltsmitglieder unter der gemeldeten Adresse hervorgehen.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld I und II, Krankengeld, Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, 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 oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen), unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls dort anzeigen.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte – auch die während meines letzten Krankenhausaufenthaltes – von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Hilfesuchenden
oder seines/Ihres gesetzl. Vertreters

Unterschrift des Ehegatten

Unterschrift des aufnehmenden
Beamten/Angestellten

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

- I. Der Antrag auf Hilfe ist hier am
 aufgenommen worden.
 eingegangen.

Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfen vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden – soweit sie nicht beiliegen – eingesehen.

- II. Urschriftlich mit Belegen
 an

weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:

(soweit Angaben im Antrag der Ergänzung oder Erklärung bedürfen, z.B. aus Kenntnis der privaten und wirtschaftlichen Verhältnisse des/der HS, bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Hinweis:
 Der Antragsteller kann selbst eine gesonderte geeignete Bestätigung der Meldebehörde beibringen, aus der die zutreffende Meldeadresse und der tatsächliche Aufenthalt unter der gemeldeten Adresse für den Hilfesuchenden sowie dessen Haushaltsmitglieder hervorgehen.

Bestätigung der Meldebehörde: (Stadt / Gemeinde / Verwaltungsgemeinschaft)

Der / Die im Sozialhilfeantrag aufgeführte(n) Antragsteller(in) ist / sind unter der genannten Adresse gemeldet und hält/halten sich hier auf:

Name, Vorname	seit	Name, Vorname	seit

Folgende weitere Person(en) ist / sind unter der im Sozialhilfeantrag genannten Adresse gemeldet und hält / halten sich hier auf:

Name, Vorname	seit	Name, Vorname	seit

--	--	--	--

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift