

**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 7 zu unterschreiben.  
 Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.  
 Wenn Sie vorsätzlich falsche oder unvollständige Angaben im Antragsvordruck tätigen, machen Sie sich strafbar. Ein Betrug oder auch Betrugsversuch wird strafrechtlich verfolgt und mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe geahndet.  
 Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 67 bis 78 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe   |  | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe   |  |
| <b>Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!</b>                  | <b>Antragsteller(in) 1</b>  |  | <input type="checkbox"/> <b>Antragsteller(in) 2</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ehegatte (nicht getrennt lebend)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Lebenspartner (nicht getrennt lebend)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft</b>  |  |
| Familienname, auch Geburtsname, Vorname  |   |  |   |  |
| Anschrift<br>Straße, Haus-Nr.,<br>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<br><input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben<br>seit _____ |  | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben<br>seit _____ |  |
| Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status                   |   |  |   |  |
| Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz?                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |  |
| Betreuer(in)<br>(Kopie der Bestellsurkunde beifügen)                                     |   |  |   |  |
| Anschrift des / der Betreuer(in)<br>Straße, Haus-Nr.,<br>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: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt</b> (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?              | Aufenthalt <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung:  |  | Aufenthalt <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung:  |  |
| Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten?                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><b>falls ja:</b> von wem?<br>bis wann?   |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><b>falls ja:</b> von wem?<br>bis wann?   |  |



|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| Antragsteller(in): | <b>Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)</b> | Az: <span style="float: right;"><b>Seite 2</b></span> |
|--------------------|---|---|

**2. Familienverhältnisse**

Außer der nachfragenden Person und seinem Ehegatten / Partner der eheähnlichen Gemeinschaft / Lebenspartner leben noch im gemeinsamen Haushalt: z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte (Bei mehr als 4 Personen bitte Beiblatt verwenden.)

|  | 1. Person | 2. Person | 3. Person | 4. Person |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Name   |           |           |           |           |
| Vorname  |           |           |           |           |
| Geschlecht   |           |           |           |           |
| Geburtsdatum   |           |           |           |           |
| Familienstand  |           |           |           |           |
| Staatsangehörigkeit /<br>aufenthaltsrechtl. Status   |           |           |           |           |
| Beschäftigung  |           |           |           |           |
| Arbeitgeber  |           |           |           |           |
| Voll- oder teilstationäre<br>Unterbringung (z.B. Werkstatt für<br>behinderte Menschen,<br>Tagesstätte) |           |           |           |           |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>3. Unterhalt</b>   |   | <b>nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:</b>    |
| Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt? | Elternteil:<br>Elternteil:<br>Kind 1:<br>Kind 2:<br>weitere Kinder: | Elternteil:<br>Elternteil:<br>Kind 1:<br>Kind 2:<br>weitere Kinder: |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> nein, Grund:<br><input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) | <input type="checkbox"/> nein, Grund:<br><input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (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                                  |   |   |



|                    |   |                |
|--------------------|---|----------------|
| Antragsteller(in): | <b>Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)</b> | Seite 3<br>Az: |
|--------------------|---|----------------|

#### 4. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

##### 4.1 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung leben! -

|   |            |   |   |                                       |
|---|------------|---|---|---------------------------------------|
| Zahl der Personen in der Wohnung:   | Person(en) | Wohnfläche:   | m <sup>2</sup>  | Baujahr des Hauses:                   |
| Leben Sie mit folgenden engen Verwandten gemeinsam in der Wohnung?  |            | einem oder beiden Elternteilen  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                       |
|   |            | volljähriges Geschwisterkind  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                       |
|   |            | Eigenes volljähriges Kind   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                       |
|   |            | <b>falls ja:</b> ist einer von diesen Mieter oder Eigentümer der Wohnung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Leben Sie in einer Wohngemeinschaft?  |            |   |   |                                       |
| <b>Gesamtkosten</b> der Unterkunft (ohne Heizkosten):   |            |   |   | EUR                                   |
| davon Kaltmiete:  |            |   |   | EUR                                   |
| Nebenkosten:  |            |   |   | EUR                                   |
| Wenn Sie einen eigenen, gesonderten Mietvertrag haben:<br><b>Gesamtkosten</b> , die Sie für die Unterkunft tragen müssen: |            |   |   | EUR                                   |
| davon Kaltmiete:  |            |   |   | EUR                                   |
| Nebenkosten:  |            |   |   | EUR                                   |
| Enthalten die oben genannten Beträge  |            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                 | falls ja, Höhe:   | EUR                                   |
| - Kosten für Haushaltsstrom?  |            |   |   |                                       |
| - 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                                   |
| <b>falls ja:</b> 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!) |

##### 4.2 Heizkosten - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung 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                    |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe:             | EUR                          |                                |                                    |                                       |
| - Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z. B. Gas) |                   |   |                             |                              |                                |                                    |                                       |
| - Kosten für Warmwasserbereitung?                       |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe:             | EUR                          |                                |                                    |                                       |

##### 4.3 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die in der "besonderen Wohnform" (ehemals stationäre Einrichtung) leben! -

|  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum:  | <input type="checkbox"/> 1 Person                         | <input type="checkbox"/> 2 Personen   |
| <b>Gesamtkosten</b> der Unterkunft:  |   | EUR                                   |
| davon Grundmiete:  |   | EUR                                   |
| Zuschläge insgesamt:   |   | EUR                                   |
| Zuschlag für Möblierung des persönlichen Wohnraums   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: EUR                   |
| Zuschlag für Wohn- und Wohnnebenkosten   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: EUR                   |
| Zuschlag für Haushaltsstrom, die Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten und den Gemeinschaftsräumen und für die Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: EUR                   |
| Zuschlag für Gebühren für Kommunikation und den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: EUR                   |
| Hinweise zu Besonderheiten der Einrichtung und zu den Unterkunftskosten:   |   | (Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!) |



|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| Antragsteller(in): | <b>Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)</b> | Az: <span style="float: right;"><b>Seite 4</b></span> |
|--------------------|---|---|

#### 4.4 Haus- / Wohnungseigentum

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

| 4.5 Mehrbedarf  | 1. Person  | 2. Person  |
|---|--|--|
| Schwerbehindertenausweis?<br>(Ggf. Kopie des Ausweises beifügen!)                     | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> beantragt am _____                                 | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein<br><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?<br>(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 |  |
| 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                               |
| Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Erhalten Sie Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für behinderte Menschen?           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| Wo sind Sie krankenversichert?   | Name der Krankenkasse:<br>_____  | Name der Krankenkasse:<br>_____  |
|  | Mitglied seit: _____<br>Art der Versicherung:<br><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung<br><input type="checkbox"/> private Versicherung | Mitglied seit: _____<br>Art der Versicherung:<br><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung<br><input type="checkbox"/> private Versicherung |
| Höhe des mtl. Beitrags   |  |  |
| Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert? | Name der Krankenkasse:<br>_____  | Name der Krankenkasse:<br>_____  |
|  | Mitglied von: _____ bis: _____   | Mitglied von: _____ bis: _____   |

#### 4.7 Persönliche Situation

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



|                    |   |                |
|--------------------|---|----------------|
| Antragsteller(in): | <b>Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)</b> | Seite 5<br>Az: |
|--------------------|---|----------------|

**5. 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<br><u>Nicht</u> monatliche Betrags-<br>angaben bitte kennzeichnen!  | Zahlung beantragt am,<br>Aktenzeichen,<br>Stand des Verfahrens | monatlicher Betrag<br><u>Nicht</u> monatliche Betrags-<br>angaben bitte kennzeichnen!  | Zahlung beantragt am,<br>Aktenzeichen,<br>Stand des Verfahrens |
| Nichtselbständige Tätigkeit<br>(z. B. Erwerbseinkommen,<br>Ausbildungsvergütung,<br>Entgelt der Werkstatt für<br>behinderte Menschen)  |  |  |  |  |
| Leistung der Krankenkasse<br>(einschl. Arbeitgeberzu-<br>schuss)   |  |  |  |  |
| Gewerbebetrieb   |  |  |  |  |
| Land- und Forstwirtschaft  |  |  |  |  |
| Sonstige selbständige<br>Tätigkeit   |  |  |  |  |
| Vermietung und Verpachtung<br>(Untermiete bei 4.1 angeben!)  |  |  |  |  |
| Wohngeld / Lastenzuschuss  |  |  |  |  |
| Renten / Pensionen<br>(z. B. Rente wg. Erwerbsmin-<br>derung, Alter, Unfall,<br>landwirtschaftliches<br>Altersgeld, Witwen- oder<br>Waisenrente, Kinderzu-<br>schuss / -zulage, Pflegegeld<br>zur Rente, Werksrente o. ä.) |  |  |  |  |
| Ausländische Renten /<br>Pensionen oder<br>Rentenansprüche   |  |  |  |  |
| Wurden zu einer Rente /<br>Pension von Ihnen bzw.<br>Arbeitgeber/n freiwillige<br>Beiträge entrichtet?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><b>falls ja:</b> bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise dem Antrag<br>beifügen bzw. nachreichen |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><b>falls ja:</b> bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise dem Antrag<br>beifügen bzw. nachreichen |  |
| Leistungen nach dem<br>Asylbewerberleistungsgesetz   |  |  |  |  |
| Leistungen nach dem Bundes-<br>versorgungsgesetz   |  |  |  |  |
| Leistungen des Lastenaus-<br>gleichsamtes (z. B. Unter-<br>haltshilfe, Pflegegeld,<br>Entschädigungsrente)   |  |  |  |  |
| Leistungen der Grundsiche-<br>rung für Arbeitsuchende<br>(SGB II)  |  |  |  |  |
| Leistungen der Arbeitsför-<br>derung (SGB III, z. B. Arbeits-<br>losengeld, Eingliederungshilfe,<br>Berufsausbildungsbeihilfe)   |  |  |  |  |
| Leistungen für Kinder<br>(z. B. Kindergeld, Kinder-<br>zuschlag)   |  |  |  |  |
| Wird entsprechendes Einkom-<br>men an Kinder weiter-<br>gegeben?   | Betrag<br>_____ <input type="checkbox"/> nein  |  | Betrag<br>_____ <input type="checkbox"/> nein  |  |
| Ausbildungsförderung   |  |  |  |  |
| Unterhalt (auch Leistungen<br>angeben, die der Kindergeld-<br>berechtigte aus seinem durch<br>Kindergeld erzielten Ein-<br>kommen erbringt)  |  |  |  |  |
| privatrechtliche geldwerte<br>Ansprüche (z. B. Beköstigung,<br>Wohnrecht, Taschengeld,<br>Leibrente, Pflegegeld)   |  |  |  |  |
| Steuererstattung   |  |  |  |  |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen)  |  |  |  |  |
| Guthaben aus Abrechnungen  |  |  |  |  |
| sonstige Einkünfte aus dem<br>In- und Ausland  |  |  |  |  |



|                    |   |                |
|--------------------|---|----------------|
| Antragsteller(in): | <b>Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)</b> | Seite 6<br>Az: |
|--------------------|---|----------------|

**6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)**

|   | 1. Person  | 2. Person  |
|---|--|--|
| keine absetzbaren Beträge                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| <b>Ausgaben</b>   | <b>monatlicher Betrag</b>  | <b>monatlicher Betrag</b>  |
| 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 |

**7. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland (Bitte Nachweise beifügen!)**

|  | 1. Person                     | 2. Person                        |                               |                                  |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| kein Vermögen  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         |                               |                                  |
| <b>Art des Vermögens</b>   | <b>belegter Vermögenswert</b> | <b>geschätzter Vermögenswert</b> | <b>belegter Vermögenswert</b> | <b>geschätzter Vermögenswert</b> |
| Bargeld  |                               |                                  |                               |                                  |
| Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirksamer Leistungen)  |                               |                                  |                               |                                  |
| Wertpapiere / Aktien   |                               |                                  |                               |                                  |
| Forderungen  |                               |                                  |                               |                                  |
| Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen)                                      |                               |                                  |                               |                                  |
| Patentrechtliche Vermögenspositionen   |                               |                                  |                               |                                  |
| Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen) |                               |                                  |                               |                                  |
| Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)  |                               |                                  |                               |                                  |
| Kraftfahrzeug(e)   |                               |                                  |                               |                                  |
| staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)  |                               |                                  |                               |                                  |
| Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)                                  |                               |                                  |                               |                                  |
| sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte   |                               |                                  |                               |                                  |
| sonstiges Vermögen im In- und Ausland  |                               |                                  |                               |                                  |



|                    |   |                |
|--------------------|---|----------------|
| Antragsteller(in): | <b>Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)</b> | Seite 7<br>Az: |
|--------------------|---|----------------|

### 8. 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 |                               | <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde |                               |
|  | <b>falls ja:</b><br>Wann? _____                       |                               | <b>falls ja:</b><br>Wann? _____                       |                               |
|  | In welcher Höhe?                                      |                               | In welcher Höhe?                                      |                               |

### 9. 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 |
| Haben Sie jemals im Ausland gelebt?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
|   | <b>falls ja:</b><br>Zeitraum: _____<br>Wohnort: _____   |                               | <b>falls ja:</b><br>Zeitraum: _____<br>Wohnort: _____   |                               |
|   | Waren Sie erwerbstätig? (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber.) |                               | Waren Sie erwerbstätig? (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber.) |                               |

### 10. Eventuell zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

|   |
|---|
| IBAN (internationale Bankkontonummer), Name 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 3. 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 |
|-----------|--------------|



## **Wichtiger Hinweis:**

Aufgrund einer Gesetzesänderung können Sie bei längeren Auslandsaufenthalten ab **01.07.2017** - während Ihres Auslandsaufenthalts - Grundsicherungsleistungen nur noch für die Dauer der ersten vier Wochen erhalten. Für Zeiten über diese vier Wochen hinaus, entfällt der Anspruch auf Grundsicherungsleistung bis zu Ihrer nachgewiesenen Rückkehr aus dem Ausland.

Als Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind Sie gemäß § 60 SGB I verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Des Weiteren sind Sie verpflichtet, jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, die für die Leistung erheblich oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, dem Amt für Soziales und Wohnen unverzüglich und ohne Aufforderung mitzuteilen.

Dies bedeutet, dass Sie verpflichtet sind, Auslandsaufenthalte, die ab dem 01.07.2017 erfolgen und welche einen Zeitraum von vier Wochen überschreiten unaufgefordert mitzuteilen.

Auslandsaufenthalte, die vor dem 01.07.2017 begonnen haben, sind ebenfalls mitzuteilen, wenn sie nach Überschreiten des 01.07.2017, gerechnet ab 01.07.2017, weiterhin einen Zeitraum von vier Wochen überschreiten.

Im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflichten, ist die Rückkunft im Inland von Ihnen zu belegen. Als Nachweis können z.B. Buchungsunterlagen, Flugtickets, Bus-/Bahnfahrkarten, Stempel im Reisepass, Tankquittungen oder aber Ihre persönliche Vorsprache im Amt für Soziales und Wohnen dienen.

Ortsabwesenheiten innerhalb Deutschlands sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Gesetzestext ab 01.07.2017:

§ 41a SGB XII  
Vorübergehender Auslandsaufenthalt

Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen.

**Bitte vergessen Sie nicht den Antrag zu unterschreiben!**

