

**Hinweise:** Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 4 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 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.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<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> <input type="checkbox"/> <b>Ehegatte (nicht getrennt lebend)</b> <input type="checkbox"/> <b>Lebenspartner (nicht getrennt lebend)</b> <input type="checkbox"/> <b>Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft</b>
Familienname, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
Rentenversicherungs-Nr.		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit _____
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung als Haushaltsvorstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status		
Spätaussiedler(in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Falls ja:</b> Ist die Verteilung länger als drei Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Falls ja:</b> Ist die Verteilung länger als drei Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Betreuer(in) (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)		
Anschrift des / der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Dauerm 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
<b>Falls ja: 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 <b>Falls ja:</b> von wem? bis wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Falls ja:</b> von wem? bis wann?

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

**Bitte alle Beträge in EUR angeben!**

### 3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

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

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

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

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

#### 3.3 Haus- / Wohnungseigentum

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

#### 3.4 Mehrbedarf

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

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

Wo sind Sie versichert?		
Höhe des mtl. Beitrags		

#### 3.6 Persönliche Situation

Wünschen Sie Beratung und Unterstützung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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?	

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

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

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

<b>Keine absetzbaren Beträge</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
<b>Ausgaben</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

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

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

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art des Vermögens	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert
Bargeld				
Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirksamer Leistungen)				
Wertpapiere / Aktien				
Forderungen				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen)				
Hauseigentum				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)				
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
Sonstiges Vermögen				

**7. Vermögensübertragungen**

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

**8. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers**

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

**9. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:**

Konto-Nr., Bankleitzahl, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers
--

**Erklärung**

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

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

Datum
-------

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

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