

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

- Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
  - ambulant  stationär
- Hilfe zur Pflege
- Sonstiges

Eingangsstempel

Die nachfragende Person ist

- Kriegsbeschädigte/r o. Kriegshinterbliebene/r
- Ausländer/in, Staatenlose/r o. Asylbewerber/in, Asylberechtigte/r
- Vertriebene/r oder Aussiedler/in

Hinweis nach § 67a Abs. 3 SGB X: Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Die Daten werden für statistische Zwecke verwendet (§§ 121-128 SGB XII).

Name der Einrichtung/des Trägers/des Anbieters, Adresse:

I. Persönliche Verhältnisse:	a) der nachfragenden Person (auch Minderjährige)	b) des Ehegatten/Lebenspartners - auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend - bei ledigen minderjährigen/volljährigen nachfragenden Personen hier Angaben über die Eltern
1. Name (ggf. Geburtsname angeben)		
2. Vornamen		
3. Geburtsdatum		
4. Geburtsort/Kreis		
5. Familienstand wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils Art a) des Unterhalts b) der güterrechtlichen Regelung c) des Versorgungsausgleichs	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> in eingetrag. Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> gefallen <input type="checkbox"/> verstorben am:
6. Staatsangehörigkeit ggf. weitere Staatsangehörigkeiten Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status a) Duldung b) Niederlassungserlaubnis c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
7. Wohnort Straße, Ortsteil, Nr., Telefon		
8. Ausweispapiere Ausstellungstag u. Behörde	Ausweiskopie erforderlich!	
9. Erwerbsbeschränkt oder arbeitsunfähig (ja - nein) ggf. warum (GdB ·/· u. Gebrechen)		
10. Betreuung/Vollmacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Adresse des Betreuers/der Betreuerin/des Bevollmächtigten	
11. Erlerner Beruf derzeitige/zuletzt ausgeübte Tätigkeit derzeitiger/letzter Arbeitgeber Schulabschluss		

## II. Familienverhältnisse:

Außer der nachfragenden Person und ihrem/seinem Ehegatten/Lebenspartner bzw. ihren/seinen Eltern leben noch im gemeinsamen Haushalt:

	1	2	3	4	5
1. Name (ggf. Geburtsname angeben)					
2. Vornamen					
3. Geburtsdatum					
4. Familienstand					
5. Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person					
6. Beruf					
7. Arbeitgeber od. Art der Rente usw.					

\* nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Falls unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

1. Name des Kindes		
2. Name des Vaters/Mutter		
3. Anschrift des Vaters/Mutter		

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern):

	1	2	3	4	5
1. Name (ggf. Geburtsname angeben)					
2. Vornamen					
3. Geburtsdatum					
4. Geburtsort					
5. Familienstand					
6. Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person					
7. Wohnort					
Straße, Nr.					
Telefon					

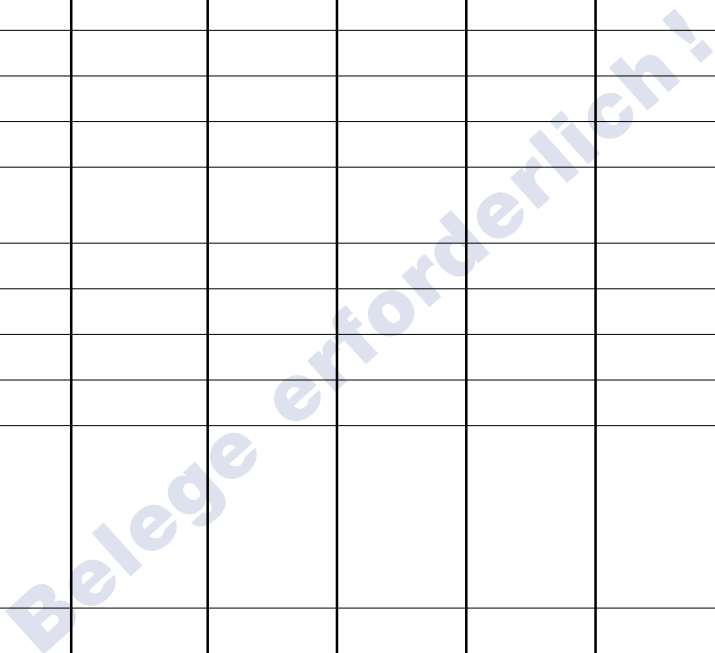
IV. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen:

Art des monatlichen Nettoeinkommens	nachfragende Person EUR	Ehegatte/ Lebenspartner EUR	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 1 Nr. II)				
			zu Nr. 1 / EUR	zu Nr. 2 / EUR	zu Nr. 3 / EUR	zu Nr. 4 / EUR	zu Nr. 5 / EUR
1. Arbeitnehmertätigkeit							
2. Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit							
3. Land- und Forstwirtschaft							
4. Wert des Austrags							
5. Landwirtschaftliches Altersgeld							
6. Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. wöchentliche Leistung; Alg, Übergangs-/Ausbildungsgeld)							
7. Kindergeld / Kindergeldzuschlag							
8. Krankenversicherung (Krankengeld)							
9. Lastenausgleich (LAG)							
10. Unterhaltszahlungen (von Angehörigen)							
11. Renten aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> Altersruhegeld <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Knappschaftsrente <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente							
12. Leistungen des Versorgungsamtes (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente, Elternrente)							
13. Pension							
14. Miet-/Pachteinnahmen, Kapital							
15. Sonstige Einnahmen (z. B. Betriebsrente, Wohngeld)							
16. Besteht Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. für wen _____ Beihilfestelle: _____						
17. Leistungen der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ (Kopie des Bescheids beifügen) _____						

Nachdruck — auch auszugsweise — nur mit Genehmigung des Bezirk Oberbayern

0746

Bestell-Nr. 400 410 1001 406  
 Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 · Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 · service@juergerling.gbb.de  
**Jüngerling gbb**



**V. Sonstige Verhältnisse der nachfragenden Person:**

1. Wurde bereits früher Sozialhilfe (Grundsicherung) bezogen? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____
Falls ja, von welcher Behörde .....	
2. Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche Behörde .....	
3. Bei Übertritt aus dem Ausland:	
a) Tag und Ort des Grenzübertrittes .....	
b) aus welchem Grund erfolgte der Übertritt .....	
(für deutsche Staatsangehörige Angabe freiwillig)	
4. Hat die nachfragende Person während der letzten 3 Jahre Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z. B. Alg. Soz. Vers.-Renten, Unterhaltshilfe nach LAG, Versorgungsbezüge nach BVG) erhalten? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____
Falls ja, Art der Bezüge, Stelle .....	
5. Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung (§§ 106 ff SGB XII)	
a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme)	
Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme ..	
b) (bei Übertritt von einem Heim od. Anstalt in ein anderes Heim usw.)	
Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim / eine Anstalt) ....	
Wer war bisher Kostenträger? .....	
Bezeichnung und Ort des Heimes / der Anstalt .....	
c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung)	
Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer Anstalt? ..	
6. (Bei Kindern, die in Anstalten (Entbindungsheimen) geboren wurden)	
Name des Entbindungsheimes .....	
Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt? ....	
Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten? ...	
(genaue Anschrift und Zeiten)	

**VI. Wohnverhältnisse:**

1. Die nachfragende Person ist <input type="checkbox"/> Mieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in bei _____
_____
Eigentümer/in eines/einer <input type="checkbox"/> Einfamilienhauses <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Zwei- oder Mehrfamilienhauses
2. Höhe der mtl. Miete (Belastung) _____ EUR. <input type="checkbox"/> Mietfrei
Darin sind enthalten <input type="checkbox"/> Nebenkosten _____ EUR <input type="checkbox"/> Zentralheizung _____ EUR
Größe der Wohnung _____ m <sup>2</sup> . Anzahl der Räume _____, davon untervermietet _____
3. Lebt die nachfragende Person mit anderen als in Ziff. II genannten Personen in Haushaltsgemeinschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, mit wem _____
4. Wer hat den Mietvertrag abgeschlossen _____
_____
5. <input type="checkbox"/> Mietzuschuss <input type="checkbox"/> Lastenzuschuss <input type="checkbox"/> Miete wird bezogen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ EUR

Nachdruck — auch auszugsweise — nur mit Genehmigung des Bezirk Oberbayern

0746  
Bestell-Nr. 400 410 1001 406  
Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 · Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 · service@jueringlingverlag.de  
**Jü r i n g l i n g - g b b**

**VII. Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung:**

Art der Tätigkeit	Dauer vom bis	Name und Anschrift des Arbeitsgebers	zuständige Krankenkasse
nachfragende Person			
Ehegatte/Ehegattin Lebenspartner/in			

1. Arbeitslos? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
	Nummer der Meldkarte
Wurde bei der Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld beantragt? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wird Arbeitslosengeld nach SGB III/Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II gewährt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil
Wenn nein, warum nicht? (Bescheinigung der Agentur für Arbeit vorlegen) ..	
Wann erfolgte die letzte Arbeitslosenmeldung? .....	

**VIII. Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse?**

Krankenversichert als <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> versichert über Sozialhilfeträger (GMG)	Monatsbeitrag EUR Wenn derzeit nicht krankenversichert, Mitgliedschaft in den letzten 6 Monaten bei:
Familienmitversicherte/r bei	Nr. der letzten Versicherungskarte:
3. (Wenn nicht in Arbeit) Werden Beiträge zur Arbeitgeber-/Angestellten-Rentenversicherung freiwillig entrichtet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Für welches Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? .....	

**IX. Sonstiges:**

**Bitte Nachweise beifügen!**

1. Mitglied einer Sterbegeldversicherung? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher
2. Bestattungsvorsorgevertrag (Nachweis) .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Mitglied einer Lebensversicherung? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher
Höhe der Versicherungssumme/Rückkaufwert .....	EUR fällig am
4. Sind Sie Kriegs-Beschädigte/r oder -Hinterbliebene/r? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie Angehörige/r einer/s Kriegs-Beschädigten oder -Hinterbliebenen ..	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem
Ist ein Kind der nachfragenden Person durch Kriegs-, Wehrdienst- oder Schädigungsfolgen verstorben? .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja: Name, Geburtsdatum; wann und wo verstorben: .....	
5. a) Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? ...	beantragt bei <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
b) Falls der Antrag abgelehnt wurde .....	wann warum
6. Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten? .....	

**X. Vermögenswerte:**

a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners – falls minderjährig beider Eltern –
<p><b>Spar- und Bankguthaben</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Spar- und Bankguthaben bei</p> <p>Bankinstitut _____</p> <p>Kontonummer _____ EUR</p> <p>Bankinstitut _____</p> <p>Kontonummer _____ EUR</p> <p>Bankinstitut _____</p> <p>Kontonummer _____ EUR</p>	<p><b>Spar- und Bankguthaben</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Spar- und Bankguthaben bei</p> <p>Bankinstitut _____</p> <p>Kontonummer _____ EUR</p> <p>Bankinstitut _____</p> <p>Kontonummer _____ EUR</p> <p>Bankinstitut _____</p> <p>Kontonummer _____ EUR</p>
<p><input type="checkbox"/> Verträge zu Gunsten Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Begünstigter _____</p> <p>Institut _____</p> <p>Konto- bzw. Versicherungs-Nummer _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Verträge zu Gunsten Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Begünstigter _____</p> <p>Institut _____</p> <p>Konto- bzw. Versicherungs-Nummer _____</p>
<p><b>Bargeld:</b></p> <p>Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR _____</p>	<p><b>Bargeld:</b></p> <p>Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR _____</p>
<p><b>Haus- und Grundbesitz</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz</p>	<p><b>Haus- und Grundbesitz</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz</p>
<p>Eine Abschrift des Einheitswertbescheides ist beizulegen.</p>	<p>Eine Abschrift des Einheitswertbescheides ist beizulegen.</p>
<p><b>Vertraglich gesicherte Ansprüche</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege)</p>	<p><b>Vertraglich gesicherte Ansprüche</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege)</p>
<p>Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizulegen.</p>	<p>Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizulegen.</p>
<p><b>Sonstige Vermögenswerte</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)</p>	<p><b>Sonstige Vermögenswerte</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)</p>
<p><b>Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte/n Vertrag/Urkunde</p> <p>(z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.)</p>	
<p>Gegebenenfalls Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:</p>	
<p>Bemerkungen:</p>	

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Bezirk Oberbayern

0746

Bestell-Nr. 400 410 1001 406  
Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 · Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 · service@juergling-gbb.de

**Jürgling-gbb**

Nicht geklärte Ansprüche:  nein  ja

Glaubt die nachfragende Person oder ihr/sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält:

- aus der Sozialversicherung       als Kriegsbeschädigter       aus Unfall  
 aus Krankheit       Impfschaden       Opfer von Gewalttaten  
 aus anderem Rechtsgrund, nämlich

Wenn ja:

Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

#### Girokonto der nachfragenden Person

Geldinstitut, BLZ, Konto-Nr.

Falls für meinen außerhalb der Einrichtung lebenden Ehegatten/Lebenspartner ein Anspruch auf Grundsicherung besteht, wird dieser hiermit gleichzeitig beantragt.

Im Falle einer vom Leistungsberechtigten schuldhaft verursachten Sozialhilfeüberzahlung ermächtige ich den Sozialhilfeträger, den zu Unrecht überwiesenen Betrag durch Banklastschrift abbuchen zu lassen.

#### Erklärung der nachfragenden Person und ihres/seines Ehegatten/Lebenspartners:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.

Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach 13. Kapitel, 1. Abschnitt SGB XII wurde ich hingewiesen.

Wir weisen darauf hin, dass der Bezirk Oberbayern als überörtlicher Sozialhilfeträger befugt ist, Personen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs daraufhin zu überprüfen, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen von anderen Leistungsträgern bezogen werden oder wurden, § 118 SGB XII.

**Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Leistungsgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als 1 Monat dauernde Abwesenheit z. B. Krankenhausaufenthalte, Kuren) sofort unaufgefordert mitzuteilen.**

Ort, Datum

Unterschrift der/des Aufnehmenden

Unterschrift der nachfragenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners



Bei Vormundschaft/Beistandschaft bitte Bestallungsurkunde beifügen!  
Bei Bevollmächtigung bitte Vollmacht beifügen!

**!** Sofern aus Platzgründen Beiblätter erforderlich sind, bitten wir Sie, diese gesondert zu unterschreiben.