



Lahn(Dill)Kreis

Eingangsstempel

Fachbereich Soziales, Arbeit und Integration

**Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII;
folgende Leistungen werden beantragt:**

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Leistungen der Grundsicherung
- Hilfe in anderen Lebenslagen, und zwar
- eine einmalige Leistung, und zwar

Anschrift der Antragsteller

Anschrift:

Telefon / Fax / E-Mail:

Antragsteller / Ehegatte / Lebenspartner / weitere Personen z. B. Kinder im Haushalt

Name, Vorname <small>(ggfs. Geburtsname)</small>	geboren am	Geburtsort / Staatsangehörigkeit	m / w
1			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Abweichender Bescheidempfänger (Betreuerausweis bzw. Vollmacht sind beizufügen)

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon / Fax / E-Mail:

Persönliche Verhältnisse	Person 1	Person 2
Wenn Sie <u>nicht</u> in Deutschland geboren sind, Jahr des Zuzuges		
Vertriebenenausweis oder Spätaussiedlerbescheinigung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Familienstand		
Schulbildung		
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Fach-) Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abgeschlossenes Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufsausbildung		
Erlerner Beruf		
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
Erwerbsstatus		
Vollzeit erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig	(Nachweise über Erwerbsunfähigkeit bitte beifügen; z. B. Rentenbescheid oder ärztliches Gutachten)	
wegen Krankheit / Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus sonstigen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitsfähig mindestens 3 Stunden täglich?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Krankenversicherung	(Entsprechende Unterlagen z. B. Beitragsnachweise bitte beifügen)	
Name der Krankenkasse / Pflegekasse:		
KV-Nummer:		
Familienversichert bei:		
Voll- oder teilstationäre Unterbringung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? > bitte Kopie beifügen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Einkommensverhältnisse	Person 1	Person 2
Nettoarbeitsentgelt <i>Verdienstbescheinigung beifügen</i>	€ mtl.	€ mtl.
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung <i>Rentenbescheid beifügen</i>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , <u>Rentenversicherungsnummer:</u>	
	€ mtl.	€ mtl.
	€ mtl.	€ mtl.
Sonstige Renten (Betriebsrenten, ausländische Renten u.a.) <i>Rentenbescheid beifügen</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	€ mtl.	€ mtl.
Ungeklärte Rentenansprüche beantragt? <i>Nachweis der Antragstellung beifügen</i>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , bei	
Leistungen nach dem SGB II o. III <i>Bescheid der Lahn-Dill-Arbeit GmbH / Agentur für Arbeit beifügen</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	€ mtl.	€ mtl.
Kindergeld, Kindesunterhalt, Unterhaltsvorschuss <i>Bescheinigungen beifügen</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	€ mtl.	€ mtl.
sonstige Einkommen <i>Nachweise beifügen</i>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , (Wohngeld / Pflegegeld / Mieteinnahmen u.a.)	
	€ mtl.	€ mtl.
	€ mtl.	€ mtl.
	€ mtl.	€ mtl.
Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) gewährt?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Werden Leistungen der Versorgung aufgrund anderer gesetzl. Grundlagen gewährt?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Nicht geklärte Ansprüche
Glaubt der Hilfesuchende oder sein Ehegatte bzw. Lebenspartner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält?
<input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus einem Unfall <input type="checkbox"/> wegen einer Krankheit <input type="checkbox"/> aus Wohngeld
<input type="checkbox"/> aus einem anderen Rechtsgrund, nämlich...
<input type="checkbox"/> Wurde ein Antrag auf Leistungen nach SGB II / III (Arbeitslosengeld) gestellt und noch nicht beschieden?
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , bei folgender Behörde:
gestellt am:

Familienverhältnisse:

Folgende Personen leben noch im gemeinsamen Haushalt:

(siehe Antrag Seite 1 > Personen Nr. 3 - 6)

	3	4	5	6
Wenn Sie nicht in Deutschland geboren sind, Jahr des Zuzuges				
Vertriebenenausweis oder Spätaussiedlerbescheinigung	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 <input type="checkbox"/>
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
(bei Kindern) ehelich oder nichtehelich?				

(angestrebte) Schulbildung				
derzeitige Klasse				
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Fach-) Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung				
erlernter Beruf				
zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
Erwerbsstatus	(Nachweise über Erwerbsunfähigkeit bitte beifügen; z. B. Rentenbescheid, ärztliches Gutachten)			
Vollzeit erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wegen Krankheit/Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus sonstigen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsfähig mindestens 3 Stunden täglich?	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 <input type="checkbox"/>
Krankenversicherung	(Entsprechende Unterlagen z. B. Beitragsnachweise bitte beifügen)			
Bezeichnung der Krankenkasse:				
KV-Nummer des Versicherten:				
Familienversichert bei:				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung?	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 <input type="checkbox"/>
Liegt ein Schwerbehinderten- ausweis vor? > Kopie beifügen	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 <input type="checkbox"/>

Einkommensverhältnisse der FamilienangehörigenBitte die Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Einkünfte beifügen.

(z. B. Rentenmitteilung bzw. - bescheid, Bescheid der Agentur für Arbeit Wetzlar bzw. Lahn-Dill-Arbeit GmbH, Wohngeldbescheid, Bescheid der Familienkasse (Kindergeld), Übergabevertrag, Unterhalt, Jahresnettoverdienstbescheinigung)

Name	Einkommensart	€	Zeitraum von - bis
<i>Beispiel</i> Kurt M.	Erwerbseinkommen	610,00	01.01.2009 - Dauer

Wohnverhältnisse des Hilfesuchenden und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen

Anzahl der Personen in der Wohnung: ____ Personen

 Mietwohnung (Mietbescheinigung bitte beifügen) eigenes Haus Eigentumswohnung freies Wohnrecht (Kostenaufstellung bitte beifügen)Besteht Mietrückstand? nein ja, in Höhe von €Wurde Räumungsklage eingereicht? nein ja, am**Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:**

(getrennt lebender Ehegatte, Eltern, Kinder)

	1	2	3	4
Name (ggf. Geburtsname)				
Vorname (n)				
Geburtsdatum				
Verwandtschafts- verhältnis				
PLZ, Wohnort				
Straße, Hausnummer				
ausgeübter Beruf				
Scheidungsurteil (ja / nein) (bitte beifügen)				

Haben Sie bereits früher Leistungen nach dem SGB XII oder der Sozialhilfe bezogen?

 nein
 ja >>>

von: _____ bis

Behörde:

Girokonto des Hilfeempfängers für Leistungen nach SGB XII:

IBAN	BIC	Kontoinhaber

Erklärung des Hilfesuchenden (und seines Ehegatten bzw. Lebenspartners):

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind, insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Im Rahmen der Mitwirkungspflicht gem. Sozialgesetzbuch I bin ich verpflichtet, diejenigen Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht bei der Bearbeitung dieses Antrages nach § 60 SGB I nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I).

Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betrugs möglich ist.

Mir ist auch bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Insofern gilt meine untenstehende Unterschrift auch als datenschutzrechtliche Einwilligung. Ich wurde darauf hingewiesen, dass gemäß § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) die Möglichkeit der Kontenabfrage besteht und im Bedarfsfall gegebenenfalls davon Gebrauch gemacht werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift
Person 1

Unterschrift
Person 2

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

Der Antrag auf Hilfe ist hier am _____ aufgenommen worden.

Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen.

Die Angaben wurden geprüft.

Die einschlägigen Nachweise - soweit sie nicht beiliegen- eingesehen.

Der/ Die im Sozialhilfeantrag aufgeführte(n) Antragsteller(in) ist / sind unter der genannten Adresse mit erstem Wohnsitz gemeldet.

Ort, Datum

Im Auftrag: _____

Stempel, Unterschrift

Informationen für die Stadt-/ Gemeindeverwaltung

Ist eine Person der Bedarfsgemeinschaft über 15 Jahre alt und erwerbsfähig, so besteht kein Anspruch nach SGB XII.

Ausnahme:

Hat eine Person aus der Bedarfsgemeinschaft Anspruch auf Grundsicherungsleistungen nach Kapitel 4 des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei dauernder Erwerbsminderung), dann muss die Gesamtbedarfsgemeinschaft sowohl einen Antrag nach SGB XII als auch nach SGB II stellen. Der Anspruch nach SGB XII wird bei den Leistungen nach SGB II als Einkommen berücksichtigt.

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage bitte auf einem gesonderten Blatt vermerken! (Bei gesundheitlicher Notlage, Mehrbedarf wegen kostenaufwendiger Ernährung, Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege usw. ist ein haus- oder fachärztliches Zeugnis beizulegen).

Erklärung über die Vermögensverhältnisse

Zu meinem/unserem Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII mache/n ich/wir, nachdem ich/wir darüber belehrt worden bin/sind, dass unvollständige oder falsche Angaben strafrechtliche Folgen gemäß § 263 Strafgesetzbuch nach sich ziehen, folgende wahrheitsgemäße Angaben:

Meine/Unsere Vermögensverhältnisse gliedern sich wie folgt:**1. Bargeld**

Nein Ja €

2. Bankguthaben

Nein, es ist kein Girokonto und / oder Sparbuch vorhanden.

Ja Girokonto IBAN:
bei der Bank/Sparkasse:
derzeitiger Kontostand: €
(Kontoauszüge der letzten drei Monate vorlegen)

Sparbuch-Nummer:
bei der Bank/Sparkasse:
derzeitiger Kontostand: €
(Sparbuch vorlegen)

Sparbuch-Nummer:
bei der Bank/Sparkasse:
derzeitiger Kontostand: €
(Sparbuch vorlegen)

(Weitere Sparbücher oder Girokonten sind separat anzugeben!)

3. Bausparguthaben

Nein, es liegt kein Bausparvertrag vor.

Ja Bausparvertragsnummer:
bei der Bausparkasse:
derzeitiger Kontostand: €
(Kontoauszug des letzten Jahres vorlegen)

4. Wertpapiere - Effekten

Nein Ja
(Depotauszüge vorlegen)

5. Kapitalerträge / Zinsen

Nein Ja Höhe: €
(Bankbescheinigung vorlegen)

6. Einkommensteuer Nein Ja Höhe: €
(Einkommensteuerbescheid vorlegen)
7. Lebensversicherung Nein Ja Rückkaufswert: €
(Versicherungsschein vorlegen)
8. Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge Nein Ja Wert: €
(Versicherungsschein bzw. Unterlagen vorlegen)
9. Grundvermögen (bebaute und unbebaute Grundstücke)
 Nein Ja Gemarkung:
 Art: Größe:
(Grundbuchauszug beifügen)
10. Kraftfahrzeug (PKW / LKW / Bus / Motorrad o. ä.)
 Nein Ja amtl. Kennzeichen:
 Fahrzeugtyp: Baujahr:
(Kopie des Fahrzeugbriefes beifügen)
11. sonstiges Vermögen (Forderung auf Schadenersatz, bzw. Schmerzensgeld)
 Nein Ja
 Art: Wert? €
12. Ist ein Erbe zu erwarten?
 Nein Ja
 Wann? Wert? €
13. Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?
 Nein Ja **(siehe beigefügte Urkunde)**

Die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner/unserer Angaben hinsichtlich der von mir/uns unterhaltenen Konten wird, nachdem ich/wir über die Rechtsfolgen unrichtiger bzw. unvollständiger Angaben (Verlust des Hilfeanspruchs gemäß § 66 SGB I, strafrechtliche Verfolgung wegen Betrugs) belehrt worden bin/sind, hiermit versichert. Ich/Wir bestätige/n hiermit ausdrücklich, dass ich/wir jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich mitteilen werde/n. Der Fachbereich Soziales, Arbeit und Integration des Lahn-Dill-Kreises kann jederzeit die gemachten Angaben überprüfen. Ich/Wir wurden darauf hingewiesen, dass gemäß § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) die Möglichkeit der Kontenabfrage besteht und im Bedarfsfall gegebenenfalls davon Gebrauch gemacht werden kann.

 PLZ, Ort

 Datum

 Person 1

 Person 2

Die vorstehende/n heute vollzogene/n Unterschrift/en wird/werden hiermit beglaubigt.
 Die beiliegenden Kopien lagen im Original vor und stimmen mit dem Original überein.

 Datum

 Unterschrift Sachbearbeiter (-in)