

Kommune:	Sachbearbeiter/in:		ausgegeben am:	
	Aktenzeichen:		Kenntnis ab: Eingangsstempel:	

## Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

- Hilfe zum Lebensunterhalt**
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**
- Hilfe zur Gesundheit**
- Hilfe zur Pflege**
- ambulant (Bitte zusätzlich „Anlage ambulante Hilfe zur Pflege“ ausfüllen)  
 Pflegegeld    Pflegesachleistungen    Haushaltshilfen
- stationär (Bitte zusätzlich „Anlage stationäre Hilfe zur Pflege“ ausfüllen)  
 Langzeitpflege    Kurzzeit-/Verhinderungspflege
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten**
- Übernahme der Unterkunftskosten bei Inhaftierung  
 sonstige
- Hilfe in anderen Lebenslagen**
- Bestattungskosten  
 Hilfe zur Weiterführung des Haushalts  
 Altenhilfe  
 Blindenhilfe  
 Hilfe in sonstigen Lebenslagen

für: \_\_\_\_\_  
Name der antragstellenden Person

## **Begründung des Antrages, Ursache der Notlage**

Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihnen vor? Welche Hilfe benötigen Sie?

---

---

---

---

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragebögen vollständig aus. Kreuzen Sie dafür die passenden Kästchen an und füllen Sie alle Felder aus. Wenn Sie mehr Platz brauchen, legen Sie bitte ein weiteres Blatt bei. Bitte alle Angaben durch Nachweise belegen.

Sie müssen alle Fragen beantworten, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können. Am Ende des Antrages gibt es ein Merkblatt. Dort steht, warum wir nach Ihren Daten fragen dürfen.

1. Ihre persönlichen Angaben		
	Antragsteller*in	Partner*in
Anrede	<input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Titel		
Nachname		
Ggf. Geburtsname		
Vornamen		
Geburtsdatum (Wann sind Sie geboren?)		
Geburtsort (Wo sind Sie geboren?)		
Anschrift: (Wo wohnen Sie?) Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Adresszusatz (Ggf. bei wem?)		
Email		
Telefon		
Mobiltelefon		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
a) Seit wann?		
b) Wenn geschieden: Gericht, Aktenzeichen		
c) Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit: (Von welchem Land haben Sie einen Pass? Bitte vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige
Sonstige Staatsangehörigkeit (Bitte eintragen)		
Einreisedatum		

Aufenthaltsstatus (Bitte Nachweis beifügen)	Unbefristet <input type="checkbox"/> Befristet bis:	Unbefristet <input type="checkbox"/> Befristet bis:
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit		
Liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor? (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbsunfähigkeit festgestellt durch:		
Erwerbsunfähigkeit befristet?	<input type="checkbox"/> Ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein (unbefristet)	<input type="checkbox"/> Ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein (unbefristet)
Ist ein/e gesetzliche/r <b>Betreuer*in</b> oder Bevollmächtigte/r bestellt oder bestimmt? (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name Betreuer*in		
Straße, Hausnummer Betreuer*in		
Postleitzahl, Ort Betreuer*in		
Telefon Betreuer*in		
Soll das Verwaltungsverfahren ausschließlich durch die/den Betreuer*in geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Ausschließlichkeitserklärung vorlegen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Ausschließlichkeitserklärung vorlegen) <input type="checkbox"/> nein

2. Weitere Angaben zu Ihrer Person		
	Antragsteller*in	Partner *in
Haben Sie in den letzten 6 Monaten oder bereits früher <b>Sozialhilfe</b> erhalten?	<input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe erhalten von/bis		
Wer hat die Sozialhilfe gezahlt?		
Haben Sie in den letzten 6 Monaten oder bereits früher <b>Eingliederungshilfe</b> erhalten bzw. erhalten Sie Eingliederungshilfe?	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein
Eingliederungshilfe erhalten von/bis		
Wer hat die Eingliederungshilfe gezahlt?		

Haben Sie bereits Leistungen von der <b>Bundesagentur für Arbeit (Arbeitsamt)</b> oder <b>Jobcenter</b> erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen erhalten von / bis		
Von welchem Arbeitsamt oder Jobcenter haben Sie Leistungen erhalten?		
Wurde ein <b>Rentenantrag</b> gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenantrag gestellt am:		
Rente ist bereits bewilligt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sozialversicherungsnummer:		
Sind Sie in den letzten 5 Jahren einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen oder haben Sie freiwillig Rentenversicherungsbeiträge gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie im Ausland einer Erwerbstätigkeit nachgegangen?	<input type="checkbox"/> ja (Bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) <input type="checkbox"/> nein
Wovon haben Sie in den letzten 3 Jahren Ihren Lebensunterhalt bestritten?		
Sind Sie hier zugezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seit wann leben Sie unter der jetzigen Anschrift?		
Wo haben Sie vorher gewohnt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)?		
Zuzug aus einer stationären Einrichtung/besonderen Wohnform/Pflegeheim?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wo haben Sie vor dem erstmaligen Einzug in eine besondere Wohnform/stationäre Einrichtung/Pflegeheim gewohnt? (Straße, Ort)?		
Benötigen Sie Pflege?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad: Bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) vorlegen		
Antrag bei der Pflegekasse wurde gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Ansprüche gegenüber Dritten (Z.B. vertragliche Ansprüche, Unfallversicherung, Schadensersatz)?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein

Art der Ansprüche gegenüber Dritten		
Gegen wen bestehen die Ansprüche?		
Resultiert eine ggf. vorliegende Gesundheitsstörung aus einem Unfall, Impfschaden, einer Gewalttat oder ähnlichem Ereignis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja

**3. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt  
(beantragen Sie ausschließlich Leistungen der Eingliederungshilfe, müssen nur unterhaltsberechtignte Kinder angegeben werden)**

**Leben noch weitere Personen in Ihrer Wohnung?**  
 nein                       ja  
Wenn ja, benennen Sie Bitte diese Personen.

	Person 3	Person 4	Person 5
Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verhältnis zur antragstellenden Person			
Staatsangehörigkeit			
Bei Ausländern: Aufenthaltsstatus / bis:			
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit			
Schwerbehinderung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbsunfähigkeit liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**4. Angaben zu Angehörigen außerhalb des Haushaltes**

**Leben Familienangehörige (Eltern und Kinder aller antragstellenden Person/en) oder getrenntlebende / geschiedene Ehegatten bzw. Lebenspartner\*innen außerhalb ihrer Wohnung?**  
 nein                       ja  
Wenn ja, benennen Sie Bitte diese Person/en.

Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Wohnort, Straße, Haus-Nr.			

Verhältnis zum Antragsteller			
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit Wo (Arbeitgeber)?			
Die Person verfügt über nachfolgende Einkünfte:			
Einkünfte aus Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Vermietung/ Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
weitere Einkünfte (z.B. Rente, Pension, Unterhalt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Haben Sie Vermögenswerte an diese Person/en übertragen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Was? —      _____ Wann? —      _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Was? —      _____ Wann? —      _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Was? —      _____ Wann? —      _____
Bestehen <b>Unterhaltsansprüche</b> gegen geschiedene oder getrenntlebende Ehepartner*in oder Partner*innen einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (Bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (Bitte Nachweis vorlegen)			

## 5. Feststellung des finanziellen Bedarfs

### Kosten der Unterkunft

Wie wohnen Sie (bei stationärer Hilfe zur Pflege Bitte Wohnverhältnisse vor Heimaufnahme angeben, oder die aktuellen Wohnverhältnisse von dem\*der Partner\*in)?

- in einer besonderen Wohnform (früher stationäre Einrichtung)  
 Mietwohnung  
 zur Untermiete  
 mietfrei  
 eigenes Haus/Eigentumswohnung (**Bitte Anlage Hauslasten ausfüllen**)  
 sonstiges (Bitte erläutern Sie Ihre Wohnsituation) \_\_\_\_\_

Größe der Wohnung:                      m<sup>2</sup>                      , davon untervermietet                      m<sup>2</sup>  
Anzahl der Räume:  
Baujahr

Wieviel zahlen Sie für Ihre Wohnung?

Kosten (Bitte Nachweise beifügen, z.B. Mietvertrag, Wohn- und Betreuungsvertrag):

Kaltmiete                                      €    (**ohne** Heiz- und Betriebskosten, Garagenmiete u. a.)

Betriebskosten                              €    (z.B. Grundsteuer, Müllgebühren usw.)

Heizkosten                                    €

Ich heize mit                       Gas     Heizöl     Fernwärme     Strom     Holz     sonstiges

Pauschalmiete                              €

Warmwasserversorgung erfolgt:

- zentral (über die Heizung)  
 dezentral (über Boiler, Durchlauferhitzer)  
Kosten für dezentrale Warmwasserbereitung                      €

Bekommen Sie Wohngeld / Lastenzuschuss?  nein     ja (Bitte Bewilligungsbescheid vorlegen)

### Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Name und Anschrift Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung:

Versicherungsnummer:  
Monatsbeitrag: KV                      €  
PV                      €

Versicherungsnummer:  
Monatsbeitrag: KV                      €  
PV                      €

#### Ich bin

- pflichtversichert  
 familienversichert über  
 als Rentner\*in versichert  
 als Rentenantragsteller\*in versichert  
 freiwillig gesetzlich versichert  
 privatversichert  
 beihilfeberechtigt  
 privat zusatzversichert  
 nicht versichert

Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.

#### Mein\*e Partner\*in ist

- pflichtversichert  
 familienversichert über  
 als Rentner\*in versichert  
 als Rentenantragsteller\*in versichert  
 freiwillig gesetzlich versichert  
 privatversichert  
 beihilfeberechtigt  
 privat zusatzversichert  
 nicht versichert

Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.

Zusatzfrage bei **stationärer Hilfe Zur Pflege**:

Für die von Ihnen zu leistenden Zuzahlungen für die Leistungen der Krankenversicherung bis zur individuellen Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Leistungen in Form eines ergänzenden Darlehens, wenn Sie dem nicht widersprechen. Die Rückzahlung erfolgt durch das Einbehalten von monatlichen Raten aus dem Barbetrag.

Möchten Sie der darlehensweisen Übernahme widersprechen?  Ja  nein

Sofern Sie „nicht versichert“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

	<b>Antragsteller*in</b>	<b>Partner*in</b>
Lag bereits früher ein Krankenversicherungsverhältnis vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in der Vergangenheit eine Erwerbstätigkeit ausgeübt (auch im Ausland)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Bedarfe der Hilfen zur Gesundheit bestehen akut?		
Welche Krankenversicherung soll künftig Ihre Krankenbehandlung sicherstellen?		

6. Mehrbedarfe		
	Antragsteller*in	Partner*in
Schwerbehinderung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis gültig bis:		
Grad der Behinderung: Merkzeichen (z.B. G, aG, BI): <b>(Bitte Nachweis vorlegen)</b>	%	%
Haben Sie einen Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
Sind Sie schwanger? <b>(Wenn ja, Bitte Mutterpass vorlegen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorauss. Entbindungstermin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorauss. Entbindungstermin:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung? <b>(Bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für behinderte Menschen o.ä. teil? <b>(Bitte Bescheinigung vorlegen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele Tage pro Woche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele Tage pro Woche?
Haben Sie Kosten für Schulbücher /Arbeitshefte? <b>(Bitte Nachweise vorlegen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Liegt ein einmaliger, unabweisbarer, besonderer Bedarf vor?  Welcher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**7. Einkommenserklärung (aktuelles Einkommen)****Bei steuerpflichtigem Einkommen ist immer der Steuerbescheid vorzulegen!**

Art des Einkommens	Antrag- steller*in €	Partner*in €	weitere Personen in der Wohnung		
			3 €	4 €	5 €
<b>Einkommen aus</b> nichtseltständiger Arbeit (z.B. Erwerbseinkommen, Bezüge, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Gewerbe/Handel/ Freiberuf/Selbständigkeit (Bitte Gewinn angeben)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Land- und Forstwirtschaft (Bitte Gewinn angeben)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Leistungen der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Bürgergeld (SGB II)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Arbeitslosengeld (SGB III)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit (z.B. Unterhaltsgeld)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sozialhilfe (SGB XII)/ Wohngeld	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Kindergeld Kindergeld-Nr:					

	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Elterngeld	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Renten/Pensionen(Inland) (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Werksrente, sonstige Renten - Bruttorenten)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Ausländische Renten (Bruttorenten)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sonstige Leistungen des Rentenversicherungsträgers	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Unterhalt (z.B. Ehegattenunterhalt, Kindesunterhalt, Unterhaltsvorschuss)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Bafög-Leistungen , Unterhaltssicherung	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Baukindergeld, Steuererstattung	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Landesblindengeld, Blindenhilfe	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>Sonstige Einkünfte</b> (z.B. aus Altenteils- /Überlassungsverträgen, Leibrenten, Zuwendungen)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>Ist Einkommen gepfändet oder abgetreten?</b>	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur Bereinigung des Einkommens**  
(nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist)

Absetzbare Beträge (aktuelles Jahr)	Sie selbst €	Partner*in. €	weitere Personen in der Wohnung		
			3 €	4 €	5 €
<b>Sind absetzbare Beträge vorhanden?</b>	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufwendungen für Arbeitsmittel (Berufskleidung, Reinigung)					
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte Einfache Fahrtstrecke km  Beförderungsmittel	km	km	km	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden (Gewerkschaft, Sozialverband)					
Hausratversicherung					
Haftpflichtversicherung					
Altersvorsorge Beitrag mtl.  Art:					
Sonst. Versicherung  Art:					
Sonstiges  Art:					

**Besondere finanzielle Belastungen (Bitte Nachweis mit Begründung der Notwendigkeit beifügen):**

---



---



---

**8. Vermögenserklärung****Es sind alle Vermögenswerte im In- und Ausland anzugeben.**

Art des Vermögens	Antragsteller*in		Partner*in	
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Bank-/Girokonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank IBAN Kontostand € 2. Bank IBAN Kontostand €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank IBAN Kontostand € 2. Bank IBAN Kontostand €
Sparguthaben (z.B. Sparbuch, Festgeld- oder Tagesgeldkonto, Sparverträge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank IBAN Kontostand € 2. Bank IBAN Kontostand €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank IBAN Kontostand € 2. Bank IBAN Kontostand €
Altersvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Wert: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Wert: €
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Wert: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei Wert: €
Aktien/Pfandbriefe/ sonst. Wertpapiere /Patentrechte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Wert: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Wert: €
PayPal- und/oder Paydirekt-Konten, Tradingguthaben, Kryptowährung etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Wert: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Wert: €
Lebens-/Sterbegeld- /Unfallversicherungen Bestattungsvorsorge (Rückkaufswert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei: Wert: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei: Wert: €
Kraftfahrzeuge  Marke/Typ, Erstzulassung Kilometerstand Wert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Sachwerte (z.B. Schmuck, Münzen, Gemälde, Antiquitäten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Wert: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Wert: €
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Größe: Wohnfläche: Anzahl Wohneinheiten: Verkaufswert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Größe: Wohnfläche: Anzahl Wohneinheiten: Verkaufswert:
Ansprüche gegen Dritte (z.B. Darlehen, Mietkaution, Genossenschaftsanteile, Ansprüche aus Kauf- /Überlassung- oder Altenteilverträgen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Schuldner: Höhe: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Schuldner: Höhe: €

Erbschafts- und Pflichtteilsansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Höhe: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Höhe: €
Sonst. Ansprüche (z. B. aus Kauf-/ Überlassungs- oder Altenteilverträgen, Wohn- oder Nießbrauchrechte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Schuldner: Wert: €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Schuldner: Wert: €

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? Wurden Vermögenswerte abgetreten?

nein  
 ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben:

**Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag vor.**

**Erklärung der antragstellenden Person (oder der\*des gesetzlichen Vertreter\*in):****• Wahrheit der Angaben**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.

Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

**• Mitwirkungspflicht**

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I - SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte, Auslandsaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

**• Datenschutz**

Die Informationen über die Erhebung von Daten können unter folgendem Link aufgerufen werden und sind im Vorwege an die Antragstellung zur Kenntnis zu nehmen:

**[https://dse.segeberg.de/pdf/50\\_00\\_001.pdf](https://dse.segeberg.de/pdf/50_00_001.pdf)**

Alternativ können Sie auch den folgenden QR-Code mit Ihrem Smartphone scannen und gelangen auf diesem Wege zu den einschlägigen Datenschutzhinweisen:

**• Überleitung von Ansprüchen**

Der Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII bzw. § 134 SGB IX für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung der\*des Schuldner\*in die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gem. § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Leistungsträger über.

**Ich bestätige, die Informationen zur Wahrheit der Angaben, Mitwirkungspflicht, Überleitung von Ansprüchen und die Erklärung zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.**

**Mir ist bekannt, dass der Antrag erst dann abschließend bearbeitet werden kann, wenn alle geforderten Angaben/Unterlagen vervollständigt oder nachgereicht worden sind.**

Die gegebenenfalls zu gewährenden Geldleistungen (z.B. lfd. Grundsicherungsleistungen, Barbetrag im Pflegeheim, Bekleidungsbeihilfen, Pflegegeld, Blindenhilfe o.ä.) sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

---

Bank, IBAN

---

Kontoinhaber

---

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller\*in bzw. Betreuer\*in

## Erklärung über die Befreiung vom Bankgeheimnis/Kontenabrufverfahren

Von der antragstellenden Person ist für jedes Konto/Sparkonto, jedes Depot oder jeden Vertrag eine Befreiungserklärung abzugeben.

Name, Vorname der antragstellenden Person: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort): \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach sich ziehen können.

Art des Kontos /der Anlage	Kontonummer/IBAN	Aktueller Wert

Bezeichnung und Anschrift des Instituts/der Institute, bei denen das Konto/die Konten/Verträge geführt werden:

---

---

---

Ich ermächtige und beauftrage hiermit jedes angegebene Institut unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Bankgeheimnis/Schweigepflicht) allen zuständigen Sozialhilfeträgern, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes dort geführte Konto für die letzten 10 Jahre zu erteilen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auf jedes weitere Institut, welches im Rahmen der Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern dem Sozialhilfeträger bekannt wird und von mir im Antragsverfahren nicht angegeben worden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in / Betreuer\*in / Bevollmächtigte\*r (mit Urkunde bzw. Vollmacht)

## Erklärung über die Befreiung vom Bankgeheimnis/Kontenabrufverfahren

Es ist für jedes Konto/Sparkonto, jedes Depot oder jeden Vertrag eine Befreiungserklärung abzugeben.

Name, Vorname des\*der Ehegatten\*in / Lebenspartners\*in / Lebensgefährten\*in:

\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort): \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach sich ziehen können.

Art des Kontos /der Anlage	Kontonummer/IBAN	Aktueller Wert

Bezeichnung und Anschrift des Instituts/der Institute, bei denen das Konto/die Konten/Verträge geführt werden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich ermächtige und beauftrage hiermit jedes angegebene Institut unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Bankgeheimnis/Schweigepflicht) allen zuständigen Sozialhilfeträgern, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes dort geführte Konto für die letzten 10 Jahre zu erteilen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auf jedes weitere Institut, welches im Rahmen der Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern dem Sozialhilfeträger bekannt wird und von mir im Antragsverfahren nicht angegeben worden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in / Betreuer\*in / Bevollmächtigte\*r (mit Urkunde bzw. Vollmacht)

# Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname der antragstellenden Person)

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(PLZ; Wohnort)

- meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt
- die Kranken-/Pflegeversicherung und beteiligte pflegerische Dienstleister
- den medizinischen Dienst
- den amtsärztlichen Dienst
- den Sozialpsychiatrischen Dienst
- das Jugendamt
- den Träger der Eingliederungs- oder Sozialhilfe
- das Jobcenter
- die Bundesagentur für Arbeit
- das örtliche Sozialamt
- den Rentenversicherungsträger
- den von mir kontaktierten Anbieter
- den Erwachsenensozialdienst

gegenüber allen zuständigen Sozialhilfeträgern von der Schweigepflicht. Dies betrifft Fragen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Leistung der Sozialhilfe entstehen.

Ich damit einverstanden, dass über mich vorhandene

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle, Teil- und Gesamtplan
- Bewilligungs- und Ablehnungsbescheide der Pflegekasse und anderer Träger
- Gutachten (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Krankenhaus)
- Pflegedokumentation

den zuständigen Trägern im Rahmen des Antrages auf Leistungen der Sozialhilfe zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller\*in bzw. Betreuer\*in/Bevollmächtigte\*r)