

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII AsylBLG

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel
- Hilfen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel

Art _____

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	1. Person		2. Person	
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
	Antragsteller(in) 1 <small>(nachfragende Person)</small>		<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft	
Familienname Geburtsname Vorname				
Bei Minderjährigen: Wer ist sorgeberechtigt?				
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (Telefon, e-mail)				
Haben Sie im Ausland bzw. in Ihrem Herkunftsland einen Wohnsitz (bitte Anschrift angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Staatsangehörigkeit Besitzen Sie eine weitere Staatsangehörigkeit?		<small>Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status</small>		<small>Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status</small>
seit wann leben Sie in Deutschland				
Geburtsdatum, Geburtsort Land/Staat				
Spätaussiedler(in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vertr. Ausweis <input type="checkbox"/> falls ja: Ist die Verteilung länger als drei Jahre her? <input type="checkbox"/> ja wann _____ <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vertr. Ausweis <input type="checkbox"/> falls ja: Ist die Verteilung länger als drei Jahre her? <input type="checkbox"/> ja wann _____ <input type="checkbox"/> nein	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____	
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung als Haushaltsvorstand)				
Kriegsopferfürsorgeberechtigung?	Ist der Leistungsberechtigte oder ein Mitglied der Haushaltsgemeinschaft kriegsbeschädigt oder durch Kriegs- Wehrdienst- oder Schädigungsfolgen verstorben/ vermisst.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche Person?	
Bestehen Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz?				
Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r) (Kopie der Bestellungsurkunde/Vollmacht beifügen)				
Anschrift des/der Betreuer(in)/Bevollmächtigten Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (Telefon, e-mail)				
Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil				
Haben Sie bereits Sozialhilfe oder Grundsicherungsleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? _____ bis wann? _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? _____ bis wann? _____	

2. Folgende Personen leben in meinem Haushalt

Name	Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort	Staats- angehörig- keit	Stellung zur nachfragenden Person	Erwerbstätigkeit

3. Unterhaltspflichtige Personen, die außerhalb des Haushalts leben (Geschiedene oder getrennt lebende Angehörige, Eltern, Kinder)

Name	Vorname	Geburts- datum, Geburtsort	Staats- angehörig- keit	Stellung zur nachfragenden Person	Tätigkeit	Anschrift

3.1 Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Antragstellern

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) Geschieden/getrennt lebend seit _____
---	--

3.2 (nur bei Leistungen der Grundsicherung 4. Kapitel beantworten)

Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EURO jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Tätigkeit _____ Name, Tätigkeit _____ Name, Tätigkeit _____	nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Tätigkeit _____ Name, Tätigkeit _____ Name, Tätigkeit _____
---	--	--	--

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung**4.1 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!**

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	Baujahr des Hauses:
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):		_____ EUR	
davon Kaltmiete:		_____ EUR	
Nebenkosten:		_____ EUR	
- Kosten für Warmwasserbereitung in den Nebenkosten oder der Heizung enthalten?	<input type="checkbox"/> ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel in den Nebenkosten enthalten?	<input type="checkbox"/> ja _____ EUR	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:
Stadtwerkeabschlag	Bitte letzten Gebühren-Bescheid beifügen	Höhe	_____ EUR
Müllgebühren über Stadtwerke		Höhe:	_____ EUR
Wohnen Sie zur Untermiete?	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer <input type="checkbox"/> möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer		

Hinweis: Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen auf besonderem Blatt zu fertigen.

4.2 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
Besteht eine Schwangerschaft? (Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!)	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <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	

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

Wo und wie sind Sie versichert?		
Höhe des mtl. Beitrags	_____ €	_____ €

5. Einkommen der im Haushalt lebenden Personen (Bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Monate beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

Einkommen	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)						
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)						
Gewerbebetrieb						
Land- und Forstwirtschaft						
Sonstige selbstständige Tätigkeit						
Vermietung und Verpachtung, Untervermietung						
Wohngeld / Lastenzuschuss						

Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente o.ä.)						
Beziehen Sie eine ausländische Rente?	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie eine ausländische Rente, die auf ein Konto im Ausland oder an eine im Ausland lebende Person gezahlt wird?	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen aus der Pflegeversicherung Stufe I / II / III						
Blindenhilfe nach § 72 SGB XII						
Leistungen nach dem Gesetz über die Landesblindenhilfe						
Besuchen Sie eine teilstationäre o.ä. Einrichtung?						
Andere Leistungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit oder Erblindung						
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungs- gesetz						
Leistungen nach dem Bundesversorgung- gesetz						
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)						
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)						
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe)						
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag)						
Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)						
Steuererstattung						

Kapitalerträge (z.B. Zinsen)						
Guthaben aus Abrechnungen						
Haben Sie solche Einnahmen beantragt oder zu erwarten?						
Ist eine Lohnsteuerkarte ausgestellt?	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige, oben nicht angegebene Einkünfte						
Eine der oben aufgeführten Leistungen ist beantragt bzw. andere Leistungen (z.B. aus Versicherungen, Schadenersatz usw) ist beantragt oder zu erwarten.	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziffer 4 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

Ausgaben	mtl. Betrag	mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Unfallversicherung		
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. Vermögen:

- Ich besitze
 mein nicht getrennt lebender Ehegatte besitzt
 meine weiteren mit mir in Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen besitzen (**gilt nicht für Grundsicherung**):
folgendes Vermögen im Ausland
 im Inland

7.1 Bargeld außer Einkünfte des laufenden Monats	Ja <input type="checkbox"/> EURO _____ nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> EURO _____ nein <input type="checkbox"/>
7.2 sonstige Geldwerte (Giro-, Bank-, Spar-, Bausparguthaben und dergleichen)	Ja <input type="checkbox"/> EURO _____ nein <input type="checkbox"/> Bank, Kontonummer und Bestand:	Ja <input type="checkbox"/> EURO _____ nein <input type="checkbox"/> Bank, Kontonummer und Bestand:

8. Schulden

Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gläubiger, Grund der Schuldaufnahme, derzeitiger Stand		Gläubiger, Grund der Schuldaufnahme, derzeitiger Stand	

9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Sozialleistungsträgers

Wo haben Sie in den letzten sechs Monaten vor Antragstellung gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)		
Leben Sie in einer stationären Einrichtung? Bitte geben Sie ihren letzten Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 aus dem Ausland eingereist? Wann?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
Bei Besuchern einer Werkstatt für behinderte Menschen: In welchem Bereich sind Sie tätig?	Eingangsverfahren <input type="checkbox"/> Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> Übergangsgruppe im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/>	

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

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

11. Erklärung

Den Antrag mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Meine und das der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen Einkünfte, Forderungen und Vermögen, habe ich vollständig angegeben. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben des Betruges strafbar mache und dass das Amt für soziale Sicherung und Integration **im Wege des automatisierten Datenabgleichs** im Rahmen des § 118 SGB XII **Überprüfungen** des Erhalts von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, der Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherungen, Zeiten einer Versicherungspflicht oder Zeiten einer geringfügigen Beschäftigung sowie der Datenübermittlung an das Bundesamt für Finanzen (**Freistellungsaufträge**) vornehmen kann.

Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen 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 Personen der Haushaltsgemeinschaft. **Über gestellte Anträge bei anderen Leistungsträgern, Versicherungen usw. werde ich das Sozial- und Jugendamt unverzüglich informieren.**

<input type="checkbox"/>	Ich bevollmächtige meine(n) Eltern/teil, Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partnerin der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.
--------------------------	---

Datum	Unterschrift 1. Person	Datum	Unterschrift 2. Person
-------	------------------------	-------	------------------------

Erklärung bei Änderungen und Ergänzungen durch die den Antrag entgegennehmende Stelle:

Notwendige Änderungen und Ergänzungen in diesem Antragsformular wurden von dem den Antrag aufnehmenden Bediensteten mit Rotstift in meinem Auftrag vorgenommen. Die Bedeutung der Änderungen und Ergänzungen wurden mir ausführlich erklärt, ich habe sie verstanden und stimme ihnen zu.

Datum

Unterschriften der Antragsteller/Bevollmächtigter/Betreuer

Antrag entgegengenommen:
Name SB

Hdz.

Hinweise für das Ausfüllen des Antrages:

Sie möchten Sozialhilfe/Grundsicherung beantragen oder eine bereits erhaltene Leistung verlängern. Hierfür benötigen wir Ihre Mithilfe. Sie werden zunächst vor dem umfangreichen Formular erschrecken und das Ausfüllen als kompliziert empfinden. Wenn Sie sich aber Zeit nehmen und Frage für Frage aufmerksam lesen, vielleicht noch jemand dazu holen, der Ihnen hilft, wird es Ihnen gelingen, den Antrag vollständig auszufüllen.

Gehen Sie am besten wie folgt vor:

Beantworten Sie jede Frage im Antragsformular. In leeren Feldern müssen Sie die Antwort auf die Frage eintragen. Wenn die Frage für Sie nicht zutrifft, müssen Sie das Feld mit *nein* oder *entfällt* beantworten oder das Feld *durchstreichen*.

Bei den Feldern, die Sie mit ja oder nein beantworten müssen, kreuzen Sie bitte Ihre Antwort an

Frage	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	oder	Frage	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
-------	--	-------------------------------	------	-------	-----------------------------	--

Das Jugend- und Sozialamt ist verpflichtet genau zu prüfen, ob die beantragte Hilfe Ihnen auch zusteht.

Sie helfen uns dabei, Ihren Antrag schnell zu bearbeiten, wenn Sie jedes Feld beantworten.

Beantworten Sie deshalb bitte jede Frage! Lassen Sie kein Feld aus!

Den nicht vollständig ausgefüllten Antrag müssen wir Ihnen leider wieder zurückgeben.