

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII) in Form von <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt 3. Kapitel bzw. <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 4. Kapitel <input type="checkbox"/> sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)		Behörde/Eingangsstempel <hr/> Aktenzeichen:
Telefonnummer (Angabe freiw.):		

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <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, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Rentenversicherungs-Nr.		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit Im Falle einer Scheidung sind die Vornamen und Namen aller bisherigen Ehegatten, sowie den Tag der Eheschließung und der Scheidung auf einem <u>gesonderten Blatt</u> anzugeben.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit Im Falle einer Scheidung sind die Vornamen und Namen aller bisherigen Ehegatten, sowie den Tag der Eheschließung und der Scheidung auf einem <u>gesonderten Blatt</u> anzugeben.
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung als Haushaltsvorstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status		
Sind Sie Bürger(in) eines EU-Staates	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Datum der Einreise:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Datum der Einreise:
Hat eine Person sich nach § 68 Ausländergesetz verpflichtet Ihren Lebensunterhalt einschl. des Wohnraumes zu tragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift der Person angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift der Person angeben.
Betreuer(in) (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) Anschrift des/der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Haben Sie Kinder, Stiefkinder oder Pflegekinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja, wie viele:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja, wie viele:

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
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:
Haben Sie bereits Hilfe zum Lebensunterhalt 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?

Bestanden versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: von wann? bis wann? Name und Anschrift des Arbeitgebers Bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen, bitte alle auf einem <u>gesonderten Blatt</u> auflisten.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: von wann? bis wann? Name und Anschrift des Arbeitgebers Bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen, bitte alle auf einem <u>gesonderten Blatt</u> auflisten.
---	--	--

Erhalten Sie Leistungen des Betreuten Wohnens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift des Leistungsträgers angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift des Leistungsträgers angeben:
Erhalten Sie Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift des Leistungserbringers angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift des Leistungserbringers angeben:
Besuchen Sie eine Werkstatt für behinderte Menschen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift der Werkstatt angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Name und Anschrift der Werkstatt angeben:

Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Geburtsname und früher geführte Namen					
Vorname/n					
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus (Ausländer)					

2.1 Angaben über Angehörige außerhalb des Haushaltes (Eltern, Kinder, getrenntlebende Ehegatte etc.)

Name				
Vormame				
Geburtsdatum				
Straße, Haus-Nr.				
PLZ, Ort				
Verwandschaftsverhältnis				
Arbeitgeber				
Derzeit ausgeübter Beruf				
Rente				
Beruf vor Renteneintritt				
Weitere Einnahmen (z.B. Miete, Kapitalerträge o.ä.)				

2.2 Unterhaltsansprüche

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)	<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)
	Falls ja: 2.1 ausfüllen	
jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin		

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung: Bitte alle Beträge in EUR angeben!

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 ²	Mietbescheinigung ist beizufügen	
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):			EUR		
davon Kaltmiete:			EUR		
Nebenkosten:			EUR		
Enthalten die oben genannten Beträge		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- 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
Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	EUR	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung		
		<input type="checkbox"/> Leerzimmer			

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

Höhe der monatlichen Kosten: EUR	Art der Beheizung: <input type="checkbox"/> Holz <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 falls nein, wie erstellen Sie Ihr Warmwasser?

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"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> beantragt am	<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, <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
Nehmen Sie Mittagessen in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung od in einer Tagesstätte ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Wie oft in der Woche? <input type="checkbox"/> 1 Tag <input type="checkbox"/> 2 Tage <input type="checkbox"/> 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Tage <input type="checkbox"/> 5 Tage	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Wie oft in der Woche? <input type="checkbox"/> 1 Tag <input type="checkbox"/> 2 Tage <input type="checkbox"/> 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Tage <input type="checkbox"/> 5 Tage

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

Nachfragende Person	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten Name, Vorname:	Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten Name, Vorname:
Versicherungs-/Mitgliedsnummer: _____	Versicherungs-/Mitgliedsnummer: _____
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz.	<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz.
Folgender Pflegegrad wurde festgestellt: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	Folgender Pflegegrad wurde festgestellt: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:				
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> eigene Versicherung <input type="checkbox"/> bei folgender Person: (Name u. Anschrift)	<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> eigene Versicherung <input type="checkbox"/> bei folgender Person: (Name u. Anschrift)	<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> eigene Versicherung <input type="checkbox"/> bei folgender Person: (Name u. Anschrift)	<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> eigene Versicherung <input type="checkbox"/> bei folgender Person: (Name u. Anschrift)	<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> eigene Versicherung <input type="checkbox"/> bei folgender Person: (Name u. Anschrift)

4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

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

	1. Person		2. Person	
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einkommen	Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbil- dungsvergütung, Entgelt der WfbM)				
Leistung der Krankenversi- cherung (einschl. Arbeitgeberzu- schuss) (auch einmalige Zah- lungen , wie Dividende)				
Leistungen der Pflegeversi- cherung (z. Bsp. Pflegegeld)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbstständige Tätig- keit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminde- rung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisen- rente, Werksrente o.ä.)				
Ausländische Einkünfte (Nachweise über Art und Be- ginn der Zahlungen beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei ja, Betrag angeben		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei ja, Betrag angeben	
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz				
Leistungen der Grundsiche- rung für Arbeitsuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsförde- rung (SGB III, z.B. Arbeitslo- sengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
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	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				
Privatrechtliche geldwerte An- sprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leib- rente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Guthaben aus Abrechnungen				
Sonstige Einkünfte				

5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Privathaftpflichtversicherung		
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

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

	1. Person		2. Person	
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Art des Vermögens	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert
Bargeld				
Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen) weitere Konten sind auf einem extra Blatt anzugeben. Konto-Nr: _____ BLZ: _____ Konto-Nr: _____ BLZ: _____ Konto-Nr: _____ BLZ: _____ Konto-Nr: _____ BLZ: _____				
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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: 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 wenn ja, vorheriger Wohnort angeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, vorheriger Wohnort angeben
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. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§ 93 SGB XII)

Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen erstellt?

Art der Leistung	nein	ja	Antragsdatum	Wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sonstige Vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII, §§ 115 und 116 SGB X)

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung)? nein ja, wie folgt:

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?

Ergänzende Angaben

Gehört eine der unter 1. genannten Personen zu einem der nachfolgend aufgeführten Personenkreise?

Wenn ja, bitte Nachweise beifügen (z.B. Bescheinigung nach dem BVFG, Studien- und Schulbescheinigungen, Visa etc.) nein ja, und zwar:

Personenkreis	Name und Vorname der Person	Personenkreis	Name und Vorname der Person
Leistungsberechtigte/r nach dem SGB II		Kontingentflüchtling	
Auszubildende/r		Anerkannter Flüchtling (Genfer Konvention)	
Student/in		Asylberechtigte/r	
Spätaussiedler/in		Asylbewerber/in	

Antragsbegründung (Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen- ggf. verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt)

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

Zu gewährende Geldleistungen bitte ich auf folgendes Konto zu zahlen.	
Bank:	Kontoinhaber:
IBAN Nummer:	BIC Nummer:
Es handelt sich um ein Pfändungsschutzkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Neben dem genannten Konto bestehen folgende weitere Konten – bitte ebenfalls IBAN und Kontoinhaber angeben!	
Ich bin berechtigt, über Konten anderer Personen zu verfügen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift des Kontoinhabers angeben.	
Mir zustehende Gelder werden auf Konten eines Dritten überwiesen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift des Kontoinhabers angeben.	

Hinweise und Schlusserklärungen

<p>1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich in im Haushalt aufhalten, wurden -unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung– aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.</p> <p>2. Mitwirkungspflichten Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind unverzüglich dem Träger der Sozialleistungen anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommen- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen. Mir ist bekannt, dass ich, wenn ich den Mehrbedarf für die Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder eine Tagesstätte erhalte, absehbare Abwesenheiten, die zu Ausfallzeiten bei der Mittagsverpflegung von mindestens 2-wöchiger Dauer führen, im Voraus anzeigen muss. Ebenso werde ich Auslandsaufenthalte, die länger als 4 Wochen ununterbrochen andauern, mitteilen.</p> <p>3. Hinweis zum Kontenabruf Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Rheingau-Taunus-Kreis ein Kontenabrufverfahren nach § 93 (8) i. V. m. § 93b Abgabenordnung bei der Bundeszentrale für Steuern durchführen kann.</p> <p>4. Hinweis zum Datenschutz Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmisbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.</p> <p>5. Geltendmachung von Ansprüchen Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.</p> <p>6. Unterschriften Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.</p>		
Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)