

Eingang bei BMA am:

 Erstantrag auf Gewährung von Sozialhilfe
Art der Hilfe

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt | <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege | <input type="checkbox"/> Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei Krankheit | <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen nach 5. - 9. Kap. SGB XII |

Nähere Begründung des Antrages / Ursache der Notlage**Wovon wurde der Lebensunterhalt bisher bestritten?****Die Antrag stellende Person ist**

- Durch Kriegseinwirkung / durch Gewalttat / durch Impfschaden Beschädigte/r oder Hinterbliebene/r
 Ausländer/in (bitte Nachweis zum Aufenthaltsstatus beifügen)

Hinweis:

Um sachgerecht über den Antrag entscheiden zu können, benötigen wir Informationen und Nachweise. Wir bitten Sie, den Antrag sorgfältig auszufüllen und nicht Zutreffendes erkennbar zu streichen. Sollten die Zeilen für Eintragungen nicht ausreichend sein, steht Ihnen auf Seite 12 unter Ziff. XIII. ein Ergänzungsfeld zur Verfügung. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

I. Persönliche Verhältnisse

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner	
		Bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden hier Angaben über die Eltern	
		Vater	Mutter
Name			
Geburtsname (falls abweichend)			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers		
Geburtsdatum			
Geburtsort			
PLZ			
Wohnort, Ortsteil			
Straße, Haus-Nr.			
Telefon-Nr. (bitte angeben)			
E-Mail			
Girokonto-Nr. (IBAN)			
Kreditinstitut			
Sparkonto-Nr. (IBAN)			
Kreditinstitut			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> *getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> *geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> *getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> *geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:
Staatsangehörigkeit/en			
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status			

* falls zutreffend bitte Anlage 2 zum Sozialhilfeantrag ausfüllen

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner ggfs. Vater	ggfs. Mutter
arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungs- nummer			
Betreuung Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen		
Name der Betreuungsperson			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)			
Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)			

II. Familienverhältnisse: Außer dem/der Antragsteller/in und seinem/ihrer Ehegatten leben noch in deren Haushalt: *(für weitere Personen Beiblatt verwenden)*

	1. Person	2. Person	3. Person
Name			
Geburtsname (falls abweichend)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis zur Antrag stellenden Person			
Beruf			
Arbeitgeber			
Bei Rentenbezug: Art der Rente			
Bei Schulbesuch (Klasse, Schulart)			
Spar- und Bankguthaben			
Haus- und Grundbesitz - auch im Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonst. Vermögenswerte (z. B. Aktien, Wertpapiere, Fonds, etc.)	EUR	EUR	EUR
Höhe des Einkommens (mtl.)	EUR mtl.	EUR mtl.	EUR mtl.

Falls die Antrag stellende Person ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Nr. II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

Name des Kindes	
Name und Anschrift des Vaters	
der Mutter	
Festgesetzter Unterhalt pro Monat	EUR mtl.
Unterhalt festgesetzt (Datum)	
Urteil, Anerkenntnis	
In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich mtl. geleistet ?	EUR mtl.

III. Einkommensverhältnisse der Antragstellenden und der im Haushalt lebenden Personen
(Bitte Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte beifügen)

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antrag- steller/in	Ehegatte / Lebenspartner	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 2 Nr. II)		
	EUR	EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR	zu Nr. 3 EUR
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters (ALG II)					
Arbeitnehmertätigkeit (Lohn, Gehalt, Entgelt WfbM)					
Selbstständige Tätigkeit					
Kindergeld / Kinderzuschlag					
Wohngeld					
Renten aus der Sozialversicherung					
<input type="checkbox"/> Altersrente / Pension					
<input type="checkbox"/> Grundrentenzeiten erfüllt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente					
<input type="checkbox"/> Unfallrente					
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente					
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente					
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente					
<input type="checkbox"/> ausländische Renten					
<input type="checkbox"/> Renten n. d. BVG; (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente) falls ja, bitte Teil XII. ausfüllen					
<input type="checkbox"/> Betriebsrenten					
<input type="checkbox"/> Zusatzrenten					
<input type="checkbox"/> Private Renten					

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antrag- steller/in	Ehegatte / Lebenspartner	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 2 Nr. II)		
	EUR	EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR.	zu Nr. 3 EUR
Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe <input type="checkbox"/> Entschädigungsrente					
Krankenversicherung (Krankengeld)					
Miet-/Pachteinnahmen, Kapitalertrag, Untermieteinnahmen					
Unterhaltszahlungen (von Angehörigen)					
Steuererstattungen					
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit					
Sonstige Einnahmen (In- und Ausland)					

IV. Vom Einkommen absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII)

Art der Aufwendungen:	
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung / Glasbruch	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung (private)	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Beiträge zu Berufsverbänden (z. B. VDK, Gewerkschaften etc.)	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
Sonstiges	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR

V. Mehrbedarf

	Antragsteller/in	Ehegatte / Lebenspartner
Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor? <i>(ggf. Kopie des Feststellungsbescheides beifügen!)</i>	<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:
Merkzeichen G vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Merkzeichen aG vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigeren Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche <i>(sofern ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht ist dieser vorzulegen)</i>

VI. Kranken- und Pflegeversicherung

(Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

	Antragsteller/in	Ehegatte / Lebenspartner
Wo sind Sie kranken- bzw. pflegeversichert?		
Inländische Kranken- und Pflegekasse <i>(Name und Anschrift der Krankenkasse)</i>		
Ausländische Kranken- und Pflegekasse <i>(Name und Anschrift der Krankenkasse)</i>		

Krankenversichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Familienversichert bei	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Familienversichert bei
Versicherungs-Nr.		
Monatsbeitrag in EUR		
Beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche bei		
Sofern keine Krankenversicherung besteht, wo waren Sie zuletzt versichert?		

VII. Arbeitsverhältnisse – auch frühere – auch im Ausland / Arbeitslosigkeit

Tätigkeit - auch im Ausland	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner
Dauer	vom bis	vom bis
Name und Anschrift des Arbeitgebers		

Fahrtkosten zum Arbeitsplatz / Sonstige Aufwendungen

Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln	EUR mtl.	EUR mtl.
PKW einfache Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Sonstiges		

Angaben bei Arbeitslosigkeit

Wurden bei der Agentur für Arbeit / beim Jobcenter Leistungen beantragt?

ja, bei der Agentur für Arbeit / beim Jobcenter in

Kunden-Nr. / BG-Nr. der Agentur für Arbeit / des Jobcenters:

nein

VIII. Wohnverhältnisse / Kosten der Unterkunft – bitte Nachweise beifügen

Die Antrag stellende Person ist	
<input type="checkbox"/> Mieter/in	
<input type="checkbox"/> Untermieter/in bei	
Die Wohnung ist <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert	
<input type="checkbox"/> Eigentümer/in eines/einer	
<input type="checkbox"/> Einfamilienhauses <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhauses <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	
<input type="checkbox"/> Besondere Wohnform	
Die Antrag stellende Person lebt mit anderen, als den in Teil II angegebenen Personen in Haushaltsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit	
Den Mietvertrag haben abgeschlossen	
Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Mietschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ EUR	
Wenn ja, wurde Räumungsklage eingereicht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Beschaffenheit der Wohnung - die (ausschließlich zu Wohnzwecken) genutzte Wohnung umfasst:

Gesamtfläche in m ²	Zahl der Wohnräume	Untervermietet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, davon _____ m ²	Erstmals bezugsfertig
<input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Fernwärme			
Brennstoff: <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Holz/Kohle			
Miete (ohne Heizkosten, Untermietzuschläge, Vergütung für Möblierung, Kühlschranks- oder Waschmaschinenüberlassung, Vergütung für die Überlassung von Garagen, Stellplätzen, Hausgärten u. a., anteilige Miete für Wohnraum, der einem anderen unentgeltlich oder entgeltlich überlassen wird.)			EUR
Nebenkosten wie Gebühren für Wasser, Abwasser, Müllbeseitigung, Kaminfeger, Treppenbeleuchtung (bitte Nachweise vorlegen)			EUR
Heizungskosten _____ EUR		Die Warmwasserbereitung erfolgt <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral	
<input type="checkbox"/> Mietbescheinigung liegt bei			
Wurde Wohngeld gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Zeitraum vom _____ bis _____			
Wurde Wohngeld beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der bewilligenden Stelle _____			
Beim Vermieter wurde <input type="checkbox"/> eine Kautions _____ i. H. v. EUR		hinterlegt	
wurden <input type="checkbox"/> Geschäftsanteile i. H. v. EUR			

Zuzug aus dem Ausland <i>(falls ja, bitte zusätzlich die Anlage 3 mit ausfüllen)</i> Antrag stellende Person Ehegatte Haushaltsangehörige(r):	Datum	Ergänzungsfeld (falls erforderlich):
---	-------	--------------------------------------

XI. Nicht geklärte Ansprüche:

Hat die Antrag stellende Person oder sein/ihr Ehegatte bzw. Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen sie/er noch keine Leistungen erhält:

- nein
- ja, Ansprüche
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> der Sozialversicherung | <input type="checkbox"/> als Opfer einer Gewalttat |
| <input type="checkbox"/> als Unfallopfer | <input type="checkbox"/> aus ärztl. Kunstfehler |
| <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich | |

Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

XII. Ansprüche nach dem Sozialgesetzbuch 14. Buch (SGB XIV)

Hat die Antrag stellende Person oder haben Familienangehörige Ansprüche auf Leistungen nach dem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SGB XIV | <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz |
| <input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz | <input type="checkbox"/> Bundesgrenzschutzgesetz |
| <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz | <input type="checkbox"/> Bundesseuchengesetz |
| <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz | <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz |
| <input type="checkbox"/> SED-Unrechtsbereinigungsgesetz | |
- bzw. glauben Sie, dass solche Ansprüche bestehen? nein ja

XIII. Vermögenswerte

(bitte ggf. auf gesondertem Blatt erläutern und Nachweise vorlegen)

Antragsteller/in	Ehegatten / Lebenspartner - falls minderjährig beide Elternteile
Giro- und Sparkonten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Giro- und Sparkonten 1. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div> 2. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div>	Giro- und Sparkonten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Giro- und Sparkonten 1. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div> 2. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div>
Bargeld: EUR	Bargeld: EUR
Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR	Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR
Bausparverträge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR	Bausparverträge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR

<p>Sonstige Versicherungen</p> <p>1. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p> <p>2. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p>	<p>Sonstige Versicherungen</p> <p>1. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p> <p>2. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p>
<p>Haus- und Grundbesitz – auch im Ausland:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz</p>	<p>Haus- und Grundbesitz – auch im Ausland:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz</p>
<p>Vertraglich gesicherte Ansprüche auch im Ausland: (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte aus</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnrecht/Nießbrauch <input type="checkbox"/> Anspruch auf Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	<p>Vertraglich gesicherte Ansprüche auch im Ausland: (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte aus</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnrecht/Nießbrauch <input type="checkbox"/> Anspruch auf Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Sonstige Vermögenswerte auch im Ausland: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende Vermögenswerte</p> <p><input type="checkbox"/> Wertpapiere EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge Baujahr Kilometerstand</p> <p><input type="checkbox"/> wertvolle Sammlungen EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Rückzahlung Darlehen EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Aktien EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Erbensprüche EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Mietkaution EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Genossenschaftsanteile EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Schmuck / Edelmetalle EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Onlinekonten wie PayPal EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: EUR</p>	<p>Sonstige Vermögenswerte auch im Ausland: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende Vermögenswerte</p> <p><input type="checkbox"/> Wertpapiere EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge Baujahr Kilometerstand</p> <p><input type="checkbox"/> wertvolle Sammlungen EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Rückzahlung Darlehen EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Aktien EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Erbensprüche EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Mietkaution EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Genossenschaftsanteile EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Schmuck / Edelmetalle EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Onlinekonten wie PayPal EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: EUR</p>

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

nein ja, Zeitpunkt, Anlass, Art und Höhe und Empfänger/in angeben (Nachweis beifügen)

b) Wurde **jemals** Grundbesitz **verschenkt**, auf dem sich der Schenker ein Wohnrecht oder Nießbrauch vorbehalten hat?

nein ja, Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger/in angeben (Nachweise beifügen)

XIV. Schuldverpflichtungen: (nicht Hausbelastungen)

nein ja, insgesamt EUR
 Einzelaufstellung ist auf gesondertem Blatt beigefügt

XV. Ergänzungsfeld für die Positionen I. – XIV

Erklärung der Antrag stellenden Person und des Ehegatten/Lebenspartners:

Ich beauftrage das Konto führende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Hilfe gewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I)). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind.

Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass das Sozialamt berechtigt ist, einen Datenabgleich mit anderen Stellen vorzunehmen.

Bei Hilfe außerhalb von Einrichtungen -**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides an die Stadt-/Gemeindeverwaltung:**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt meiner Wohngemeinde Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfestellung zur reibungslosen Bearbeitung der Anträge übersendet:

ja nein

Bei Hilfe in Einrichtungen bzw. Hilfe durch Dienste -**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides:**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt der Einrichtung Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfestellung übersendet.

ja nein

Einwilligung zur Abfrage beim Grundbuchamt

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt eine Abfrage beim Grundbuchamt einholt.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/
gesetzl. Vertreter

Unterschrift Ehegatte/
Lebenspartner

Unterschrift der/des
Aufnehmenden

Stellungnahme der Stadt/Gemeinde

Vorstehende Angaben sind glaubhaft entsprechen der Wahrheit

Antrag mit Anlagen an das Landratsamt Böblingen

Datum, Unterschrift