

Kreisausschuss des
Vogelsbergkreises
Amt für Soziale Sicherung
Amt 50

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe/SGB XII

36341 Lauterbach

Art der beantragten Hilfe					
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach Kapitel 3 SGB XII					
<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach Kapitel 4 SGB XII					
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII					
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Gesundheit nach Kapitel 5 SGB XII					
<input type="checkbox"/>					
	Antragsteller/in 1			<input type="checkbox"/> Antragsteller/in 2 ¹	
				<input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin (nicht getrennt lebend)	
				<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend)	
				<input type="checkbox"/> Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft	
Familienname					
Vorname					
	Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit	
Staatsangehörigkeit					
aufenthaltsrechtlicher Status (Bitte Ausweis beifügen)					
Anschrift	Straße, Hausnummer			Straße, Hausnummer	
	PLZ	Ort		PLZ	Ort
Rentenvers.-Nr.					
Steuer-ID					
freiwillige Angaben	Telefon		E-Mail	Telefon	
				E-Mail	
Gesetzliche/r Betreuer/in (Kopie des Betreuerausweises beifügen)	Name			Name	
	Anschrift:			Anschrift:	
Befristung bis					

¹ Erfüllt der/die Ehegatte/Ehegattin, Lebenspartner/in oder Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft selbst die Ansprüche auf Grundsicherung nach Kapitel 4 SGB XII, gilt er/sie als 2. Antragsteller/in

Seit wann leben Sie im Vogelsbergkreis?	Datum	Datum
Von wo sind Sie ggf. zugezogen?		
Haben Sie vorher in einer stationären Einrichtung gelebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja Name der Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja Name der Einrichtung
	bis Aufenthaltort vor Aufnahme in die Einrichtung	bis Aufenthaltort vor Aufnahme in die Einrichtung
Haben Sie bisher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, von welchem Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, von welchem Sozialhilfeträger
	bis	bis
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja gültig bis
	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ausweis wurde am _____ beantragt	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ausweis wurde am _____ beantragt
Besteht eine Schwangerschaft? (Mutterpass beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja Schwangerschaftswoche _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja Schwangerschaftswoche _____
Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Namen und Geburtsdaten der im Haushalt lebenden minderj. Kinder bei sonstigen im Haushalt lebenden Personen angeben.	
Bedürfen Sie einer kostenaufwendigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, ärztliche Bescheinigung beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, ärztliche Bescheinigung beifügen
Liegt Pflegebedürftigkeit vor? (Gutachten MDK beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, (Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, (Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung
Sind Sie voll erwerbsgemindert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, <input type="checkbox"/> aufgrund Bescheid Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> aufgrund Gutachten Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, <input type="checkbox"/> aufgrund Bescheid Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> aufgrund Gutachten Rentenversicherung
	Dauerhaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt? (Fachausschussprotokoll beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, <input type="checkbox"/> im Eingangsverfahren, bis _____ <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich, bis _____ <input type="checkbox"/> im Werkstattbereich, ab _____ <input type="checkbox"/> in der Tagesförderstätte, ab _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, <input type="checkbox"/> im Eingangsverfahren, bis _____ <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich, bis _____ <input type="checkbox"/> im Werkstattbereich, ab _____ <input type="checkbox"/> in der Tagesförderstätte, ab _____
Erhalten Sie Leistungen des Betreuten Wohnens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Bewilligungsbescheid beifügen ggf. Antragsdatum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Bewilligungsbescheid beifügen ggf. Antragsdatum

Besteht Krankenversicherungsschutz ?	<input type="checkbox"/> nein wenn ja,	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein wenn ja,	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung mtl. Beitrag zur freiw./priv. KV _____ € (Beitragsbescheid beifügen) Name, Anschrift der Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung mtl. Beitrag zur freiw./priv. KV _____ € (Beitragsbescheid beifügen) Name, Anschrift der Krankenkasse	

Sonstige in der Haushaltsgemeinschaft lebende Personen (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte, Bekannte usw.)

	Person (bei mehr als 4 Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen)			
	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit				
Verwandtschafts- verhältnis zum/zur Antragsteller/in				
Lebt die Person mit dem/der Antragsteller/in in einer Wohnung?	<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
Hat die Person einen eigenen Mietvertrag?	<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 Wohnung und zur Wohnungsmiete

(Bitte legen Sie Ihren Mietvertrag und sofern vorhanden das letzte Mieterhöhungsschreiben und die letzte Nebenkosten- und Heizkostenabrechnungen vor)

Wohnen Sie mietfrei?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sie sind	<input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Untermieter
Wie viele Personen leben in der Wohnung? Wie groß ist die Wohnfläche? Welches Baujahr hat das Haus?	Personen qm
Wie hoch ist die Kaltmiete?	monatlich €
Wie hoch sind die kalten Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Kanalgebühren, Müllabfuhr, Schornsteinfeger, Vers.Beiträge)?	monatlich €
Wie hoch sind die Heizkosten?	monatlich €
Die Wohnräume werden beheizt mit	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Flüssiggas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Holz
Warmwasser wird durch Strom-/Gasboiler erzeugt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Einnahmen aus Untervermietung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Höhe der Untermieteinnahmen _____ €
Zahlen Sie Nebenkosten für den Haushaltsstrom an Ihren Vermieter?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Höhe der Stromkosten _____ €

Kosten bei Haus- und Wohneigentum

(Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen)

Sie sind Eigentümer	<input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> eines Einfamilienhauses <input type="checkbox"/> eines Mehrfamilienhauses
Wie viele Personen leben in der Wohnung/dem Haus? Wie groß ist die Wohnfläche? Welches Baujahr hat das Haus?	Personen qm
Wie groß ist das Grundstück?	qm
Wie hoch sind die Zinsen?	monatlich/jährlich €
Wie hoch sind die kalten Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Kanalgebühren, Müllabfuhr, Schornsteinfeger, Vers.Beiträge)?	monatlich/jährlich €
Wie hoch sind die Heizkosten?	monatlich/jährlich €
Die Wohnung/das Haus werden beheizt mit	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Flüssiggas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Holz
Haben Sie Einnahmen aus Vermietung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Höhe der Mieteinnahmen _____ €

Bestehen Mietrückstände?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, in Höhe von	€
Bestehen Stromgeldrückstände?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, in Höhe von	€

Einkommensverhältnisse

(Bitte Nachweise beifügen – z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheid über sonstige Sozialleistungen, Quittungen, Kontoauszüge etc.)

Streichen Sie Nichtzutreffendes bei jeder Einkommensart

Art des mtl. Nettoeinkommens	Antragsteller/in	Ehegatte/gattin oder Partner/in	weitere Haushaltsangehörige		
Name, Vorname					
nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Entgelt der WfbM)	€	€	€	€	€
selbständige Tätigkeit (z.B. Gewerbe, Land- und Forstwirtschaft)	€	€	€	€	€
Renten/Pensionen (vollständigen Rentenbescheid beifügen incl. Vers.verlauf)					
Wurden freiwillige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?	<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
Altersrenten (auch landwirtschaftliches Altersgeld)	€	€	€	€	€
Erwerbsminderungsrente	€	€	€	€	€
Witwen-/Witwerrente	€	€	€	€	€
Waisenrente	€	€	€	€	€
Unfallrente	€	€	€	€	€
Betriebsrente/Zusatzversorgung	€	€	€	€	€
ausländische Rente	€	€	€	€	€
Sind Sie Spätaussiedler? Wurden Zeiten nach dem Fremdrentengesetz berücksichtigt?	<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			

private Altersvorsorge	€	€	€	€	€
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	€	€	€	€	€
Kindergeld Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€	€	€
Elterngeld	€	€	€	€	€
Unterhalt	€	€	€	€	€
Unterhaltsvorschuss	€	€	€	€	€
Leistung der Grundsicherung für Arbeitsuchende SGB II	€	€	€	€	€
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III z.B. Arbeitslosengeld, BAB)	€	€	€	€	€
Leistungen nach dem BAföG	€	€	€	€	€
Leistungen nach dem AsylbLG	€	€	€	€	€
Wohngeld	€	€	€	€	€
Privatrechtliche Ansprüche (z.B. Geldrente, Taschengeld aus Übergabevertrag)	€	€	€	€	€
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	€	€	€	€	€
Guthaben Nebenkostenabr.	€	€	€	€	€
Ansprüche auf Schadensersatz	€	€	€	€	€
Aufwandsentschädigung	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
Wurden Leistungen beantragt über die noch nicht entschieden wurde?	<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
Wenn ja, welche					

Vom Einkommen abzusetzende Beträge

(Bitte Nachweise beifügen – z.B. Versicherungspolice, Nachweis über Fahrtkosten)

monatliche Aufwendungen für	Antragsteller/in	Ehegatte/-gattin oder Partner/in	weitere Haushaltsangehörige		
Name, Vorname					
Arbeitsmittel	€	€	€	€	€
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte	€	€	€	€	€
Verkehrsmittel Entfernung Wohnung- Arbeitsstätte	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> ÖPNV km	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> ÖPNV km	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> ÖPNV km	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> ÖPNV km	<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> ÖPNV km
Beiträge Berufsverband/VdK	€	€	€	€	€
Hausratversicherung	€	€	€	€	€
Haftpflichtversicherung	€	€	€	€	€
Sterbegeldversicherung	€	€	€	€	€
geförderte Altersvorsorge	€	€	€	€	€

Vermögensverhältnisse

(Bitte Nachweise beifügen – z.B. Kontoauszüge der letzten 3 Monate, Sparbuch, Nachweis der Versicherung, Grundbuchauszug, Bausparvertrag, Zulassungsbescheinigung)

Streichen Sie Nichtzutreffendes bei jeder Vermögensart

	Antragsteller/in	Ehegatte/-gattin oder Partner/in	weitere Haushaltsangehörige		
Name, Vorname					
Barvermögen	€	€	€	€	€
Sparguthaben(auch Girokonten)	€	€	€	€	€
Bausparguthaben	€	€	€	€	€
Rückkaufswert Lebensversicherung	€	€	€	€	€
Rückkaufswert Sterbegeldversicherung	€	€	€	€	€
Staatlich geförderte Altersvorsorge (z.B. Riester)	€	€	€	€	€
Aktien/Wertpapiere	€	€	€	€	€
Kraftfahrzeug	€	€	€	€	€
Modell					
Erstzulassung					
km-Stand					
Kennzeichen					
Sonstiges Vermögen z.B. Betriebsvermögen aus ehemaliger selbst. Tätigkeit	€	€	€	€	€
Sonstige Vermögenswerte					
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
Bebaute und unbebaute Grundstücke?	<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

wenn ja,	Name, Vorname des Eigentümers	Ort	Flur/Flur- stück	Größe in m ²	Verkehrswert	Bestehende Grundschuld
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus					€	€
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus					€	€
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung					€	€
<input type="checkbox"/> Bauland					€	€
<input type="checkbox"/> land- und forst- wirtschaftliche Grund- stücke (ggf. gesonderte Aufstellung)					€	€

Vermögensübertragungen

(Bitte Nachweise beifügen, z.B. Übergabevertrag, Schenkungsvertrag)

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Geldgeschenke, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	wenn ja, welches Vermögen?
	in welcher Höhe? € wann? mit Vertrag vom (bitte beifügen)

Unterhaltspflichtige

(Bitte Nachweise beifügen z.B. Unterhaltstitel, Unterhaltsvereinbarungen, Scheidungsurteil)

Unterhaltsansprüche bestehen nach bürgerlichem Recht gegenüber Kindern, Eltern, geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten, Lebenspartnern usw.				
Unterhaltspflichtige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Werden Unterhaltszahlungen erbracht?	<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
wenn ja, in welcher Höhe	€	€	€	€
wenn nein, wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht?	<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
Wurde auf Unterhalt verzichtet?	<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

Werden ausschließlich Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beantragt sind nachfolgende Fragen zu Unterhaltspflichtigen zu beantworten

(Haben Sie mehr als 3 Kinder? Bitte auf gesondertem Blatt ergänzen)

Unterhaltsvermutung	Eltern	Name des Kindes	Name des Kindes	Name des Kindes
Hat ein Elternteil oder eines Ihrer Kinder jeweils ein Einkommen von mehr als 100.000,-- € im Jahr?	<input type="checkbox"/> ja <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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Welcher Beruf wird ausgeübt?				

Bankverbindung

Konto-Inhaber/in	
IBAN	BIC

Änderungen in den persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen

Sind Änderungen in den persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen bereits jetzt absehbar (z.B. Umzug, Aufnahme einer Beschäftigung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn, ja welche

**Bitte füllen Sie Ihren Antrag vollständig und leserlich aus.
Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau.
Machen Sie in jedem Fall richtige und vollständige Angaben.**

Einmalige Leistungen (z.B. Wohnungserstaussstattung) oder Sonderbedarfe (z.B. Hilfe zur Haushaltsführung) beantragen Sie bitte mit gesondertem Schreiben.

Für Fragen zum Antrag stehen wir zur Verfügung. Für eine persönliche Vorsprache vereinbaren Sie bitte zuvor telefonisch einen Termin.

Erklärung des/der Antragstellers/Antragstellerin

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen auch von den in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden unterhaltspflichtigen Angehörigen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil) bin ich unterrichtet worden. Das Hinweisblatt wurde mir mit dem Antrag ausgehändigt.

Ich bin ferner darüber informiert, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Hilfe übergeleitet werden und dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Auslandsaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Ausführungen zum Datenschutz in den beigefügten Datenschutzhinweisen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	
Antragsteller/in oder Vertreter/in	Ehegatte/-gattin/Partner/in* oder Vertreterin
ausgewiesen durch Personalausweis Nr. gültig bis:	Sachbearbeiter/in

*Die Unterschrift des Ehegatten /der Ehegattin bzw. des Partners / der Partnerin ist hinsichtlich der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erforderlich.