

Kreisausschuss des
Vogelsbergkreises
Amt für Soziales und Ausländerrecht
Amt 50

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe/SGB XII

36341 Lauterbach

Art der beantragten Hilfe

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach Kapitel 3 SGB XII
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach Kapitel 4 SGB XII
- Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII
- Hilfe zur Gesundheit nach Kapitel 5 SGB XII
-

	Antragsteller/in 1		<input type="checkbox"/> Antragsteller/in ² <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"/> divers		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
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	bis
	Aufenthaltort vor Aufnahme in die Einrichtung	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	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ausweis wurde am _____ beantragt	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 WfbM ² oder bei einem anderen Anbieter nach § 60 SGB IX beschäftigt?	<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"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, <input type="checkbox"/> im Eingangsverfahren, bis _____ <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich, bis _____
Absolvieren Sie eine Ausbildung für die ein Budget für	<input type="checkbox"/> im Werkstattbereich, ab _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> im Werkstattbereich, ab _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

² Werkstatt für behinderte Menschen

Ausbildung nach § 61 a SGB IX gewährt wird? Werden Sie in einer Tagesförderstätte betreut?	Ausbildungsstätte: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Fachausschussprotokoll bzw. Teilhaberbericht beifügen	Ausbildungsstätte: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Fachausschussprotokoll bzw. Teilhaberbericht beifügen
Nehmen Sie am gemeinschaftlichem Mittagessen in einer WfbM oder vergleichbarem tagesstrukturierendem Angebot teil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, an wieviel Tagen in der Woche _____ Tage	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, an wieviel Tagen in der Woche _____ Tage
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
Leben Sie in einer besonderen Wohnform?	<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
Leben Sie in einer stationären Einrichtung?	<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 <input type="checkbox"/> ja wenn 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"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn 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

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				
Verwandtschaftsverhältnis 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 oder den Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz [WBVG-Vertrag] 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	
	<input type="checkbox"/> einer Wohnung <input type="checkbox"/> von persönlichem Wohnraum und Wohnraum zur gemeinschaftlichem Nutzung (sog. Besondere Wohnform)	
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 <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Fernwärme	
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, legen Sie uns bitte die Abrechnungen der Stadt, Gemeinde, Versorgungsunternehmen, Versicherungsunternehmen [Wassergeld, Kanalgebühren, Grundsteuer, Müllabfuhr, Gebäudeversicherungen, Schornsteinfeger] mit dem Nachweis der Fälligkeit der Forderung vor)

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	Abschlag	Fälligkeit
Wassergeld		
Kanalgebühren		
Müllabfuhrgebühren		
Schornsteinfegergebühren		
Versicherungsbeiträge		
Grundsteuer		

Unterhalt	€	€	€	€	€
Unterhaltsvorschuss	€	€	€	€	€
Bürgergeld nach dem 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 aus Nebenkostenabrechnungen	€	€	€	€	€
Ansprüche auf Schadensersatz	€	€	€	€	€
Aufwandsentschädigung	€	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte aus dem In- und Ausland	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
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)	€	€	€	€	€
weitere Konten (z.B. Paypal)	€	€	€	€	€
Bausparguthaben	€	€	€	€	€
Rückkaufswert Lebensversicherung	€	€	€	€	€
Rückkaufswert Sterbegeldversicherung	€	€	€	€	€
Staatlich geförderte Altersvorsorge (z.B. Riester)	€	€	€	€	€
Aktien/Wertpapiere	€	€	€	€	€
Kraftfahrzeug Modell	€	€	€	€	€
Erstzulassung					
km-Stand					
Kennzeichen					
Sonstiges Vermögen z.B. Betriebsvermögen	€	€	€	€	€
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/Flurstück	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 forstwirtschaftliche Grundstücke (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)

Unterhaltsansprüche gegenüber Eltern und Kindern

(Haben Sie mehr als 2 Kinder? Bitte auf gesondertem Blatt ergänzen)

Unterhaltsvermutung	Vater	Mutter	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?				

Unterhaltsansprüche gegen Ehegatten/Lebenspartner

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

Unterhaltsansprüche bestehen nach bürgerlichem Recht gegenüber geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten, Lebenspartnern	
Unterhaltspflichtiger Partner außerhalb der Haushaltsgemeinschaft	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Werden Unterhaltszahlungen erbracht?	<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
Wurde auf Unterhalt verzichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Unterhaltsansprüche minderjähriger Kinder gegen ihre Eltern

(Bitte Nachweise beifügen z.B. Unterhaltstitel, Unterhaltsvereinbarungen, Bescheid über Unterhaltsvorschuss)

Unterhaltsansprüche bestehen nach bürgerlichem Recht der minderjährigen Kinder gegenüber Ihren Eltern		
Unterhaltspflichtige Eltern außerhalb der Haushaltsgemeinschaft	Elternteil	Elternteil
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Werden Unterhaltszahlungen erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Höhe	€	€

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.