

Hinweise:
 Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. persönliche Angaben - Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!

1.1 aktuelle Angaben	Antragsteller*in 1 (1. Person)	Antragsteller*in 2 (2. Person)
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ggf. Geburtsname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsort	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit: <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status <input style="width: 100px;" type="text"/>
Aktuelle Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Aktuelle Wohn-, Aufenthaltsverhältnisse	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte noch angeben: Datum des Einzugs: <input style="width: 100px;" type="text"/> Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte angeben: Datum des Einzugs: <input style="width: 100px;" type="text"/> Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Telefon-Nr. (freiwillig)		
Steuer- Identifikations-Nr. (freiwillig)		
Renten- versicherungs-Nr.		
Vertretungs- berechtigte Person (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson
Kopie des Nachweises z.B. Bestellungsurkunde beifügen		
Besteht eine dauernde volle Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)
Haben Sie bereits Grundsicherungs- leistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? <input style="width: 100px;" type="text"/> bis wann? <input style="width: 100px;" type="text"/> Grund für die Beendigung: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? <input style="width: 100px;" type="text"/> bis wann? <input style="width: 100px;" type="text"/> Grund für die Beendigung: <input style="width: 100px;" type="text"/>

1.2 Frühere Aufenthaltsverhältnisse		
Haben Sie in der Vergangenheit einmal im Ausland gelebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer des Aufenthalts: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer des Aufenthalts: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Haben Sie im Ausland gearbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ Bitte Anlage zu ausländischen Rentenansprüchen ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Anlage zu ausländischen Rentenansprüchen ausfüllen

2. Unterhalt			
Angaben zu weiteren Angehörigen			
<input type="checkbox"/> Es sind keine Angehörigen vorhanden (hierzu zählen: Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner*innen oder Lebenspartner*innen)			
<input type="checkbox"/> Es sind nachfolgende Personen vorhanden:			
Name, Vorname/ Beruf	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis zur antragstellenden Person	Anschrift

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen eine Person? (z. B. geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten*innen oder Partner*innen einer Lebenspartnerschaft)	<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input style="width: 80%;" type="text"/> <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 titulierte (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)
--	--

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung (bitte Mietvertrag und vorh. Abrechnungen vorlegen)
Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären (Pflege-)Einrichtung leben!

Zahl der Personen im Haushalt <input style="width: 90%;" type="text"/>	Wohnfläche <input style="width: 80%;" type="text"/> qm,	Anzahl der Räume <input style="width: 80%;" type="text"/> Räume
Mieter der Wohnung/ Räumlichkeiten	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Vermieter*in (Name, Anschrift, ggf. auch Geschäftszeichen)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Kosten der Unterkunft (monatlich) Kaltmiete: <input style="width: 60%;" type="text"/> Euro Nebenkosten (ohne Heizung): <input style="width: 60%;" type="text"/> Euro	Gesamtunterkunftskosten (nur im gemeinschaftl. Wohnen/ Wohnform) <input style="width: 60%;" type="text"/> Euro	
Monatliche Vorauszahlung für Heizung (ggf. Kunden-Nr. angeben)	<input style="width: 60%;" type="text"/> Euro, <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung <input type="checkbox"/> mit Warmwasserbereitstellung für: <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Küche zu zahlen an: <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	
Energieart	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input style="width: 60%;" type="text"/>	
Energieausweis für Immobilie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)	
Wurden die Wohnung/ Räume möbliert gemietet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, anfallende Kosten: <input style="width: 60%;" type="text"/> Euro	
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, entstehende Einnahmen: <input style="width: 60%;" type="text"/> Euro für: <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> leer	
Wohngeldbezug Miet-/Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, monatlicher Betrag: <input style="width: 60%;" type="text"/> Euro, bewilligt bis: <input style="width: 60%;" type="text"/>	

3.2 selbstgenutztes Haus-/ Wohneigentum

Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! Es werden zur Bewertung des Haus- und Wohneigentums ggf. noch weitere Angaben und Unterlagen benötigt.

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

Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert
-----------------------------	--	--

Name der Kranken- und Pflegeversicherung		
Versicherungs-Nr.		
Höhe des monatl. Beitrags in Euro:	Krankenversicherung	Pflegeversicherung

3.4 Mehrbedarf

	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis? <small>(Kopie des Ausweises beifügen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: <input style="width: 50px;" type="text"/> % gültig bis: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: <input style="width: 50px;" type="text"/> % gültig bis: <input style="width: 100px;" type="text"/>
	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme am Mittagessen in einer WfbM <small>(Bestätigung des Anbieters beifügen)</small>	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem vergleichbaren Träger tätig sind: Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> ja, <input style="width: 50px;" type="text"/> Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem vergleichbaren Träger tätig sind: Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> ja, <input style="width: 50px;" type="text"/> Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input style="width: 50px;" type="text"/> <small>(Nachweis vorlegen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input style="width: 50px;" type="text"/> <small>(Nachweis vorlegen)</small>
Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja --> bitte Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf einem separaten Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein	
Benötigen Sie eine kostenaufwändigere Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen - ärztliche Bescheinigung beifügen -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen - ärztliche Bescheinigung beifügen -

4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!
(z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

	1. Person		2. Person			
<input type="checkbox"/> Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass mein Partner/ meine Partnerin und ich keine Einnahmen erhalten.						
Einkommensart/ Leistung:			Monatlicher Betrag in Euro			Monatlicher Betrag in Euro
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Einkommen aus Tätigkeit in einer WfbM/ vergleichbarem Angebot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (zusätzl. Erstbescheid erforderlich)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Witwen-/ Witwerrente/ Halbwaisen-/ Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 100px;" type="text"/>

Betriebsrente/ Werksrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Zusatzrente /Privatrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Auslandsrente (wenn ja, bitte Anlage ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonder- / Weihnachtzuwendung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erträge aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> Miet-/Pachteinnahmen <input type="checkbox"/> Zinsen, Dividende etc.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unterhaltszahlung von Angehörigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wohngeld (WoGG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für Kinder: Kindergeld: <input type="checkbox"/> wird weitergeleitet, <input type="checkbox"/> nicht weitergeleitet, Elterngeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für hochgradig Seh- oder Hörbehinderte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Blindengeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Soldatenversorgungsgesetz (SVG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Beihilfeanspruch nach Beamtenrecht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Sozialleistungen z. B. <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitsuchende SGB II <input type="checkbox"/> Arbeitsförderung SGB III <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe SGB IX	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unterhaltshilfe/ Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche Ansprüche (Zahlung aus Verträgen z. B. Leibrente, Wohnrecht)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche (z. B. kostenfreie Unterkunft, Verpflegung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Einnahmen: <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Weitere Leistungen/ Hilfen beantragt: <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

5. Versicherungen und laufende Zahlungsverpflichtungen von Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin
(Bitte Nachweise beifügen)

Art der Versicherung bzw. Zahlungsverpflichtung	Versicherungsgesellschaft bzw. Zahlungsempfänger	Beitrag in Euro
keine laufenden Ausgaben	<input type="checkbox"/>	
Zusatzbeitrag zur freiwill. Krankenversicherung	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 50px;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Hausratversicherung	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 50px;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Haftpflichtversicherung	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 50px;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

Lebensversicherung/ Sterbeversicherung	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 80%;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Freiwillige Altersvorsorge	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 80%;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Gewerkschaftsbeitrag	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 80%;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Weitere Ausgaben:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 80%;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input style="width: 80%;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

Nur bei Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit:

Entfernung Wohnadresse zur Arbeitsstelle	<input style="width: 80%;" type="text"/> km	
Kosten öffentlicher Verkehrsmittel für Weg zur Arbeitsstelle:	<input type="checkbox"/> Linienbus <input type="checkbox"/> Bahn	Kosten i.H.v. <input style="width: 80%;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	

6. Vermögen von Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin
(Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input style="width: 80%;" type="text"/> €
Sparguthaben	IBAN/ Kontonummer und Kreditinstitut	Betrag
Girokonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> €
Sparkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> €
Sparkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> €
Festgeldkonto/ Tagesgeldkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> €
Genossenschafts- konto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> €
Hinterlegte Kaution (z. B. bei Vermieter) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> €
Sonstiges Konto- guthaben z. B. bei Zahlungsdienst- leistern (Paypal,...) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/> €

Wurden Konten in den letzten 10 Jahren aufgelöst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> €		
Staatlich geförderte private Altersvorsorge:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	fällig am
Riester-Rente/ Rürup-Rente		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Sonstige freiwillige Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Altersvorsorge	Anbieter	Betrag	fällig am
		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Kapitallebens-/ Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
1.		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	<input style="width: 50%;" type="text"/> €
2.		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	<input style="width: 50%;" type="text"/> €
Sterbeversicherung Lebensversicherung auf den Todesfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
1.		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	<input style="width: 50%;" type="text"/> €
2.		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	<input style="width: 50%;" type="text"/> €
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unternehmen/ Institut			Betrag
1.		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 50%;" type="text"/> €
2.		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 50%;" type="text"/> €
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unternehmen/ Institut			Betrag
		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 50%;" type="text"/> €
Unfallversicherung mit Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer/ Institut			Betrag
		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 50%;" type="text"/> €
Sonstige Wertanlagen (Bausparvertrag, Wertpapiere u.a.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer/ Institut			Betrag
		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 50%;" type="text"/> €
sonstige Forderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bezeichnung Ihrer Forderung (z.B. aus Darlehen, Pflichtteil, Erbe, Schmerzensgeld, Schadensersatz)	Name und Anschrift des Schuldners	Betrag	
1.		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	
2.		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> €	

Besitzen Sie Haus- oder Grundeigentum?

>> es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen
>> es werden ggf. weitere Angaben/ Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt

 ja
 nein

 Einfamilienhaus
 Mehrfamilienhaus
 Eigentumswohnung
 Büro-/Geschäftshaus
 Gewerbebetrieb
 Wohn-/Geschäftshaus

 Sonstiges:

Anschritt:

Besteht sonstiger Grundbesitz?

>> es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen
>> es werden ggf. weitere Angaben/ Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt

 ja
 nein

 Bauland
 Garten-/Ackerland

Grundstücksfläche:

 qm

Anschritt:

Kraftfahrzeug(e)

(Kopie Fahrzeugschein/ Zulassungsbescheinigung Teil 1 und aktuelles Wertgutachten beifügen)

 ja
 nein

amtl. Kennzeichen:

Typ:

Modell:

Baujahr:

Kilometerstand:

 km
Haben Sie vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen oder haben Sie auf Wohnrecht bzw. sonstige Rechte verzichtet?
 ja, innerhalb der letzten 10 Jahre
 ja, vor über 10 Jahren
 nein

Sollten Sie die Frage mit „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Name und Anschrift der begünstigten Person	Art der Zuwendung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €

(Bitte fügen Sie bei Immobilienübertragungen den notariellen Vertrag und einen aktuellen Grundbuchauszug bei)

Vertragliche Rechte

Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren...

ein unentgeltliches Wohnrecht?

 ja nein

ein Nießbrauchrecht/ Pflegerecht?

 ja nein

eine Leibrente?

 ja nein

(Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor z. B. Verträge, Urteile, Grundbuchauszüge)

7. Evtl. zu gewährende Geldleistungen sind an folgende Empfänger zu zahlen:

Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an:

Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto?

 ja nein

IBAN:

Name und Sitz des Geldinstituts:

Name, Vorname Kontoinhaber:

Angaben bei Zahlung an Dritte:

Sie haben auch die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen eine Direktzahlung an andere Personen zu beantragen. Dies kann hilfreich sein, um vertragliche Verpflichtungen rechtzeitig zu erfüllen wie z. B. Zahlungen für Unterkunftskosten. Hierfür sind weitere Angaben erforderlich. Der Zahlungsempfänger kann später auch von Ihnen für zukünftige Zahlungen wieder geändert werden, sofern Sie uns dies frühzeitig in Schriftform mitteilen.

Für folgende SGB XII-Leistungen beantragen Sie hiermit eine Direktzahlung an den Empfänger, den Sie im Folgenden angeben. Gleichzeitig erklären Sie sich damit einverstanden, dass z. B. für Rückfragen Kontakt zum Empfänger der Zahlung aufgenommen werden darf.

Leistungen für Unterkunft und Heizung

IBAN:	
Name und Sitz des Geldinstituts:	
Name, Vorname Kontoinhaber:	
Anschrift Kontoinhaber:	

Leistungen für sind zu zahlen an:

IBAN:	
Name und Sitz des Geldinstituts:	
Name, Vorname Kontoinhaber:	
Anschrift Kontoinhaber:	

Erklärung der antragstellenden Personen

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen 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 vertretenen Personen.

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).

Ich wünsche noch Beratung und Unterstützung zu meiner persönlichen Situation oder habe weiteren Informationsbedarf.

Ich bevollmächtige meine*n Ehegatten/ Ehegattin/ Lebenspartner bzw. Partner*in der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Bescheiden und entsprechenden Geldleistungen.

Datum <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	Unterschrift 1. Person bzw. vertretungsberechtigte Person
Datum <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	Unterschrift 2. Person bzw. vertretungsberechtigte Person