

**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"/> Antragspartner*in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> eingetragene*r Lebenspartner*in <input type="checkbox"/> nichteheliche*r Lebensgefährt*in <input type="checkbox"/> Kind
<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Ggf. Geburtsname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Geburtsort</b>		
<b>Familienstand</b>	<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 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: _____
<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Aufenthaltsrechtlicher Status</b>	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status _____	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status _____
<b>Aktuelle Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)</b>		
<b>Aktuelle Wohn-, Aufenthaltsverhältnisse</b>	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte noch angeben:  Datum des Einzugs: _____ Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte angeben:  Datum des Einzugs: _____ Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: _____ _____ _____

<b>Telefon-Nr. (freiwillig)</b>		
<b>Steuer- Identifikations-Nr. (freiwillig)</b>		
<b>Renten- versicherungs-Nr.</b>		
<b>Vertretungs- berechtigte Person (Name, Anschrift)</b>	<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		
<b>Besteht eine dauernde volle Erwerbsminderung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)
<b>Haben Sie bereits Grundsicherungs- leistungen erhalten?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? _____ bis wann? _____ Grund für die Beendigung: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? _____ bis wann? _____ Grund für die Beendigung: _____

**1.2 Frühere Aufenthaltsverhältnisse**

<b>Haben Sie in der Vergangenheit einmal im Ausland gelebt?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer des Aufenthalts: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer des Aufenthalts: _____
<b>Haben Sie im Ausland gearbeitet?</b>	<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**

Es sind keine Angehörigen vorhanden  
(hierzu zählen: Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner\*innen oder Lebenspartner\*innen)

Es sind nachfolgende Personen vorhanden:

Name, Vorname/ Beruf	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis zur antragstellenden Person	Anschrift

<b>Bestehen Unterhaltsansprüche gegen eine Person?</b>  (z. B. geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten*innen oder Partner*innen einer Lebenspartnerschaft)	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:  <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert  (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:	Wohnfläche:	Anzahl der Räume:
	qm	
<b>Mieter der Wohnung bzw. Räumlichkeit</b>		
<b>Vermieter*in</b> (Name, Anschrift, ggf. auch Geschäftszeichen)		
<b>Kosten der Unterkunft (monatlich)</b>	<b>Gesamtunterkunftskosten</b> (nur im gemeinschaftl. Wohnen/ Wohnform)	
Kaltmiete: <span style="float: right;">Euro</span>		
Nebenkosten (ohne Heizung): <span style="float: right;">Euro</span>	Euro	
<b>Monatliche Vorauszahlung für Heizung</b>  (ggf. Kunden-Nr. angeben)	<input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung <input type="checkbox"/> mit Warmwasserbereitstellung für: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Küche</span>	
	zu zahlen an: _____	
<b>Heizungsart</b>	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	
<b>Energieart</b>	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Energieausweis für Immobilie?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen!)	
<b>Wurden die Wohnung/ Räume möbliert gemietet?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, anfallende Kosten: _____ Euro	
<b>Einnahmen aus Untervermietung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, entstehende Einnahmen: _____ Euro für : <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> leer	
<b>Wohngeldbezug Miet-/Lastenzuschuss</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, monatlicher Betrag: _____ Euro	bewilligt bis:

**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!)

# Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)

<b>Art der Versicherung</b>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
	<input type="checkbox"/> nicht versichert		<input type="checkbox"/> nicht versichert	
<b>Name der Kranken- und Pflegeversicherung</b>				
<b>Versicherungs-Nr.</b>				
<b>Höhe des monatl. Beitrags in Euro:</b>	<b>Kranken- versicherung</b>		<b>Kranken- versicherung</b>	
	<b>Pflegeversicherung</b>		<b>Pflegeversicherung</b>	

**3.4 Mehrbedarf**

	1. Person	2. Person
<b>Schwerbehinderten- ausweis?</b>  (Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____% gültig bis: _____	<input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____% gültig bis: _____
	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Teilnahme am Mittagessen in einer WfbM</b>	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, _____ 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, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis vorlegen)
<b>Sind Sie allein erziehend?</b>	<input type="checkbox"/> ja --> bitte Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein	
<b>Benötigen Sie eine kostenaufwändige Ernährung?</b>	<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 <b>keine Einnahmen</b> erhalten.					
<b>Einkommensart/ Leistung:</b>			<b>Monatlicher Betrag in Euro</b>		<b>Monatlicher Betrag in Euro</b>
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Einkommen aus Tätigkeit in einer WfbM/ vergleichbarem Angebot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (zusätzl. Erstbescheid erforderlich)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Witwen-/ Witwerrente/ Halbweisen-/ Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
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- / Weihnachtsgeld	<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 n. Bundesversorgungs- gesetz (BVG) oder Soldaten- versorgungsgesetz (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	
Beamtenrechtl. Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Weitere 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 (LAG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche Ansprüche (z. B. Leibrente, Wohnrecht, kostenfreie Unterkunft,Verpflegung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige (auch einmalige, unregelmäßige) Einnahmen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Weitere Leistungen/ Hilfen beantragt:	<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
<b>keine laufenden Ausgaben</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Zusatzbeitrag zur freiwill. Krankenversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Hausratversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Haftpflichtversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

<b>Lebensversicherung/ Sterbeversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Freiwillige Altersvorsorge</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Gewerkschaftsbeitrag</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Weitere Ausgaben:</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

**Nur bei Einkünften aus nichtselbstständiger Tätigkeit:**

<b>Entfernung Wohnadresse zur Arbeitsstelle</b>	_____ km	
<b>Kosten öffentlicher Verkehrsmittel für Weg zur Arbeitsstelle:</b>	<input type="checkbox"/> Linienbus <input type="checkbox"/> Bahn	<input type="checkbox"/> Kosten i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?</b>	<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)

<b>Bargeld</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____ €
<b>Sparguthaben</b>	<b>IBAN/ Kontonummer und Kreditinstitut</b>	<b>Betrag</b>
<b>Girokonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Sparkonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Sparkonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Festgeldkonto/ Tagesgeldkonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Genossenschafts- konto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Hinterlegte Kaution (z. B. bei Vermieter)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Sonstiges Konto- guthaben z. B. bei Zahlungsdienst- leistern (Paypal,...)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Wurden Konten in den letzten 10 Jahren aufgelöst?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Staatlich geförderte private Altersvorsorge</b>	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>
		<b>Betrag</b>
		<b>fällig am</b>

Riester-Rente/ Rürup-Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			€	
<b>Sonstige freiwillige Altersvorsorge</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Art der Altersvorsorge</b>	<b>Anbieter</b>	<b>Betrag</b>	<b>fällig am</b>
<b>Kapitallebens-/ Rentenversiche- rung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	<b>aktueller Rückkaufswert</b>
1.				€	€
2.				€	€
<b>Unfallversicherung mit Rückkaufswert</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	<b>aktueller Rückkaufswert</b>
				€	€
<b>Sterbeversicherung Lebens- versicherung auf den Todesfall</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	<b>aktueller Rückkaufswert</b>
1.				€	€
2.				€	€
<b>Bestattungs- vorsorgevertrag</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Unternehmen/ Institut</b>			<b>Betrag</b>
1.					€
<b>Grabpflegevertrag</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Unternehmen/ Institut</b>			<b>Betrag</b>
					€
<b>Sonstige Wertanlagen (Bausparvertrag, Wertpapiere)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	<b>aktueller Wert, Fälligkeit</b>
				€	€
<b>Sonstige Forderungen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Bezeichnung Ihrer Forderung</b> (z.B. aus Darlehen, Pflichtteil, Erbe, Schmerzensgeld, Schadensersatz)	<b>Name und Anschrift des Schuldners</b>		<b>Betrag</b>
1.					€
2.					€

<b>Besitzen Sie Haus- oder Grundeigentum?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Büro- Geschäftshaus <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Wohn-/Geschäftshaus
⇒ Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen ⇒ Es werden ggf. weitere Angaben und Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Besteht sonstiger Grundbesitz?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Bauland <input type="checkbox"/> Garten-/Ackerland
⇒ Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und		Grundstücksfläche: _____ qm

Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen ⇒ Es werden ggf. weitere Angaben und Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt			
--	--	--	--

**Anschrift:**

<b>Kraftfahrzeug(e)</b> (Kopie Fahrzeugschein/ Zulassungsbescheinigung Teil 1 und aktuelles Wertgutachten beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen:	Typ: Modell:
			Baujahr:

**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
		€
		€

(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

<b>IBAN:</b>	
<b>Name und Sitz des Geldinstituts:</b>	
<b>Name, Vorname Kontoinhaber:</b>	

**Angaben bei Direktzahlung 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.**



<input type="checkbox"/> Leistungen für Unterkunft und Heizung sind zu zahlen an:		
<b>IBAN:</b>		
<b>Name, Sitz des Geldinstituts:</b>		
<b>Name, Vorname Kontoinhaber:</b>		
<input type="checkbox"/> Leistungen für _____ sind zu zahlen an:		
<b>IBAN:</b>		
<b>Name, Sitz des Geldinstituts:</b>		
<b>Name, Vorname Kontoinhaber:</b>		

### E r k l ä r u n g 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	Unterschrift 1. Person bzw. vertretungsberechtigte Person
Datum	Unterschrift 2. Person bzw. vertretungsberechtigte Person

Hinweise über die Erhebung und Verarbeitung ihrer persönlichen Daten gemäß Art. 13 EU Datenschutzgrundverordnung sowie über die ihnen dabei zustehenden Rechte

1. Verantwortliche Stelle	2. Datenschutzbeauftragte
<b>Stadt Gladbeck</b> <b>Die Bürgermeisterin</b> <b>Bettina Weist</b> <b>Amt für Soziales u. Wohnen</b> <b>Wilhelmstr. 8</b> <b>45964 Gladbeck</b>	<b>Datenschutzbeauftragte der Stadt Gladbeck</b> <b>Willy Brandt Platz 2</b> <b>4596 Gladbeck</b> <b>Telefon +49 (0) 2043 992621</b> <b>Fax +49 (0)2043 99172621</b> <b>Mail datenschutz@stadt-gladbeck.de</b>

### 3. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Stellen Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), erheben wir Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Diese Angaben benötigen wir zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung. Bezüglich ärztlicher Unterlagen wird eine gesonderte, widerrufbare Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Ihnen gefordert. Bezüglich der Auskünfte von Banken kann eine gesonderte, widerrufbare Befreiung vom Bankgeheimnis von Ihnen gefordert werden.

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung personenbezogener Daten sind die §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 DSGVO. Sozialdaten dürfen an die in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch genannten Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen. Ein regelmäßiger Datenabgleich erfolgt gem. § 118 SGB XII mit den darin genannten Stellen. Zur Beurteilung der Auswirkungen des SGB XII und seiner Fortentwicklung wird nach §§ 121 ff SGB XII eine Bundesstatistik über Leistungen und Empfänger geführt. Die zu meldenden Erhebungsmerkmale ergeben sich ebenfalls aus der genannten Rechtsgrundlage. Darüber hinaus können wir zur Erfüllung unserer gesetzlichen Mitteilungspflicht Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln (z. B. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zuvor darüber informieren.

### 4. Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten folgenden externen Dienstleisters:

**-OHNE-**

### 5. Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks.

### 6. Ihre Betroffenenrechte

- Auskunft über ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Jederzeitiger Widerruf von erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO)

Die Betroffenenrechte können hier geltend gemacht werden:

**Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen**  
**Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf**  
**Telefon: 0211/38424-0 / Fax: 0211/38424-10**  
**E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de**