

# Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem

- Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) bzw.
- Bundesversorgungsgesetz (BVG)



**Bezirk Schwaben**  
 Sozialverwaltung  
 Hafnerberg 10  
 86152 Augsburg

Eingangsstempel:

Aktennummer

## Sozialhilfeantrag für

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

Zur sachgerechten Entscheidung über Ihren Antrag werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der antragstellenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters/Betreuers auf der letzten Seite zu bestätigen. Bitte beachten Sie auch den datenschutzrechtlichen Hinweis am Ende des auszufüllenden Formulars.

### Leistungsarten

### Name des Anbieters / Einrichtung

Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

- Eingliederungshilfe
- stationäre Einrichtung
  - teilstationäre Einrichtung  
(Förderstätte/WfbM/andere Anbieter)
  - ambulant betreutes Wohnen
  - Behindertenfahrdienst
  - Hilfsmittel/Wohnungsumbau
  - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hilfe zur Pflege

- Alten- und Pflegeheim
- auf Dauer     vorübergehend
- Gerontopsych. Abteilung
- Einzelzimmer
- Doppelzimmer
- Kurzzeitpflegeeinrichtung
- Tages- / Nachtpflege
- ambulante Hilfe zur Pflege

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Blindenhilfe

1. Persönliche Verhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin		
	<b>Antragsteller(in)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ehegatte(in)</b> <input type="checkbox"/> <b>Lebenspartner(in)</b> <small>Lebenspartnerschaftsgesetz</small> <input type="checkbox"/> <b>Partner(in) / Bedarfsgemeinschaft</b> <small>eheähnliche Lebensgemeinschaft</small>
<b>1.1 Allgemeine Angaben</b>		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Telefon		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Staatsangehörigkeit(en)		
Aufenthaltsstatus (wenn Staatsangehörigkeit nicht Deutsch)		
<b>Nachweis</b>	<b>Bescheinigung</b> über Aufenthaltsstatus bitte beifügen!	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verstorben am : _____
Scheidung / Beendigung Lebenspartnerschaft	am	Amtsgericht
Wurde eine Unterhaltsregelung vereinbart?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, welche?		
<b>Nachweis</b>	<b>Scheidungsurteil</b> bzw. <b>Unterhaltstitel</b> bitte beifügen!	
Haben bereits vorherige Ehen/Lebenspartnerschaften bestanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (weitere Angaben unter Ziffer 2.3 angeben)	

1.2 Betreuung/Bevollmächtigung		
	<b>Antragsteller(in)</b>	<b>Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)</b>
Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
	Amtsgericht	Amtsgericht
	Aktenzeichen	Aktenzeichen
Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten		
<b>Nachweise</b>	Bitte <b>Kopie des Betreuerausweises</b> bzw. <b>Beschluss</b> beifügen. Für die bevollmächtigte(n) Person(en) (z.B. Leistungsanbieter, Angehörige) bitten wir entsprechende <b>Vollmachten</b> beizufügen.	

1.3 Besteht eine Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Antragsteller(in)	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)
Aktuelle Beschäftigung		
Aktueller Arbeitgeber		
Voll- oder teilstationäre Beschäftigung (z.B. Werkstatt für behinderte Menschen, Tagesstätte)		

1.4 Weitere Personen <u>innerhalb</u> des Haushaltes der nachfragenden Person (z.B. Kinder) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	1. Person	2. Person
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand		
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Hinweis</b>	<b>Angaben zu weiteren Personen bitten wir auf einem Beiblatt zu vermerken.</b>	

2. Unterhaltspflichtige Personen <u>außerhalb</u> des Haushaltes der nachfragenden Person		
2.1 Eltern	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
PLZ, Wohnort, Land		
Straße, Nr.		
ggf. Sterbedatum und Sterbeort		

2.2 Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Kind 1	Kind 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort, Land		
Straße, Nr.		
	Kind 3	Kind 4
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort, Land		
Straße, Nr.		

2.3 Getrennt lebender oder geschiedene(r) Ehegatte(n) (§§ 1361 ff. BGB) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	getrennt lebender/geschiedener Ehegatte (soweit nicht unter Ziffer 1 angegeben)		weiterer geschiedener Ehegatte	
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
PLZ, Wohnort, Land				
Straße, Nr.				
Höhe des Unterhalts	EUR		EUR	
Unterhaltstitel				
Unterhaltsverzicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Nachweis</b>	<b>Unterhaltstitel bzw. Verzichtsnachweis bitte in Kopie beifügen!</b>			
ggf. Sterbedatum und Sterbeort				

3. Einkommensverhältnisse des(r) Antragstellers(in) und seiner/ihrer Familienangehörigen (§ 82 ff. SGB XII) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.1 Monatlichen Einkünfte		
Art des monatlichen Einkommens	Antragsteller(in) EUR	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)/ falls minderjährig Eltern EUR
1.) Arbeitnehmertätigkeit		
2.) Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit		
3.) Land- und Forstwirtschaft		
4.) Wert des Austrages		
5.) Landwirtschaftliches Altersgeld		
6.) Kindergeld		
7.) Krankengeld		
8.) Mutterschaftsgeld		
9.) Elterngeld		
10.) Betreuungsgeld		
11.) Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit)		
12.) Arbeitslosengeld II (SGB II)		
13.) Übergangsgeld		
14.) Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung (SGB XII)		
15.) Wohngeld/Lastenzuschuss		
16.) Werkstatteinkommen		
17.) Renten		
<input type="checkbox"/> Altersrente		
<input type="checkbox"/> Rente wg. Erwerbsminderung		
<input type="checkbox"/> Witwenrente		
<input type="checkbox"/> Waisenrente		
<input type="checkbox"/> Halbwaisenrente		
<input type="checkbox"/> Betriebsrente		
<input type="checkbox"/> Unfallrente		
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente		
<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente		
<input type="checkbox"/> ausländische Rente		
<input type="checkbox"/> private Renten (z.B. Lebensversicherung)		
<input type="checkbox"/> Renten nach dem BVG		

18.) Pension / Hinterbliebenenversorgung		
19.) Lastenausgleich nach LAG		
20.) Miet- und Pachteinnahmen		
21.) Kapitalertrag / Zins		
22.) Leistungen der Pflegekasse		
23.) Unterhaltszahlungen		
24.) Unterhaltsvorschuss Jugendamt (UVG)		
25.) BaföG		
26.) Berufsausbildungsbeihilfe		
27.) Ausbildungsgeld (SGB III)		
28.) Ausbildungsvergütung		
29.) Zusatzversorgung		
30.) Landesblindengeld		
31.) Landespflegegeld		
32.)		
<b>Nachweise</b>	Sämtliche <b>Einkünfte</b> sind lückenlos mit <b>Nachweisen der letzten 12 Monate</b> (z.B. Gehaltsabrechnungen, Bescheide) zu belegen.	

<b>3.2 Beiträge zu privaten Versicherungen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
	Antragsteller(in)			Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)/ falls minderjährig Eltern		
	Beitrag	EUR	Fälligkeit(en)	Beitrag	EUR	Fälligkeit(en)
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung						
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung						
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung						
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung						
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung						
<input type="checkbox"/> Altersvorsorgeverträge (z.B. Riestervertrag)						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<b>Nachweise</b>	<b>Nachweis</b> über die <b>aktuelle Höhe</b> der monatlichen <b>Beitragszahlung</b> für die zutreffende Versicherung bitte in Kopie beifügen!					

<b>3.3 Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Entfernungskilometer zur Arbeitsstelle (einfache Wegstrecke)	km	km
Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel	EUR	EUR
sonstige Aufwendungen	EUR	EUR

<b>4. Kosten der Unterkunft der nachfragenden Person und der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen (§ 35 SGB XII)</b>	
Antragssteller(in)	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Heimbewohner <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Ehegatte / Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Heimbewohner <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

<b>4.1 Mietwohnung</b>			
Gesamtmiete:	EUR	Anzahl der Räume	
Belastung / Kaltmiete	EUR	Wohnfläche	m <sup>2</sup>
Nebenkosten	EUR	Baujahr	

Strom für Haushaltsenergie ist in den Nebenkosten enthalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Möblierung	<input type="checkbox"/> vollmöbliert <input type="checkbox"/> teilmöbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert
Heizkosten	EUR	Heizungsart	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung
Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> zentral (über Heizung)	Heizmittel	<input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme
	<input type="checkbox"/> dezentral <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Holz/Kohle		
<b>Nachweise</b>	<b>Mietvertrag, Mietanpassungsschreiben</b> und letzte <b>Nebenkostenabrechnung</b> in Kopie beifügen!		

4.2 Selbstbewohnte Immobilie					
Baujahr		Anzahl der Räume		Wohnfläche	qm
<input type="checkbox"/> Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> zentral (über Heizung)				
	<input type="checkbox"/> dezentral	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Holz/Kohle	
<input type="checkbox"/> Heizkosten	mtl. EUR	<input type="checkbox"/> Erdgas	<input type="checkbox"/> Heizöl	<input type="checkbox"/> Fernwärme	
		<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Holz / Kohle		
<input type="checkbox"/> Wasser-/Abwassergebühren	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Müllgebühren	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Straßenreinigung	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Brandversicherung	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Gebäudeversicherung	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Hausgeld	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Tilgung	mtl. EUR	Zins	mtl. EUR		
<input type="checkbox"/>	mtl. EUR				
<b>Nachweise</b>	Bitte fügen Sie für sämtliche <b>anfallenden Kosten</b> die entsprechenden Nachweise bei (u.a. Gebühren- und Beitragsbescheide, Beitragsabrechnung d. Versicherung, Wirtschaftsplan, Wohngeldabrechnung); Bei Untervermietung auch die entsprechenden Mietverträge;				

4.3 Auszahlung von Leistungen (§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB XII)		
Im Rahmen der Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Leistungen der Grundsicherung wird die Auszahlung der Leistung an nachfolgende Zahlungsempfänger beantragt:		
<input type="checkbox"/> Miete an Antragsteller(in)		
<input type="checkbox"/> Miete an Vermieter	Bankinstitut	
	IBAN	
<input type="checkbox"/> Heizkostenabschlag an Energieversorger	Bankinstitut	
	IBAN	
<input type="checkbox"/> Stromkostenabschlag an Energieversorger	Bankinstitut	
	IBAN	
<b>Nachweis</b>	Letzte Mitteilung des Energieversorgers über mtl. <b>Abschlagszahlung</b> in Kopie jeweils beifügen!	

5. Aufenthaltsverhältnisse des(r) Antragstellers(in)	
Derzeitiger Aufenthaltsort	
Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate (nicht polizeiliche Meldung)	
Wann, woher und aus welchem Grund während der letzten 12 Monaten hier zugezogen?	
Bei Einreise aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübertrittes	

Bei Heimaufnahme/-aufenthalt: Aufenthaltort während der letzten 2 Monate vor Heimaufnahme	
<u>Bei Einrichtungswechsel:</u> Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung? Aufenthaltort während der letzten 2 Monate vor Aufnahme in die erste Einrichtung?	
Wer war bisheriger Kostenträger?	

6. Kranken- und Pflegeversicherung des(r) Antragstellers(in) (32 SGB XII und § 264 SGB V)			
Name der Krankenkasse			
Anschrift (Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort)			
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung		
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über:		
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung	Beitrag monatlich:	EUR
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	Beitrag monatlich:	EUR
<b>Nachweis</b>	<b>Beitragsbescheid</b> bitte in Kopie beifügen!		
Krankenbehandlung nach § 264 SGB V über Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn derzeit nicht krankenversichert, Angaben zur letzten Mitgliedschaft:	Letzte Krankenkasse:		
	vom _____ bis _____		
Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> beantragt am		
	<input type="checkbox"/> abgelehnt am		
Festgestellter Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Weitere Leistungen der Pflegekasse?	Art der Leistung		EUR
<b>Nachweis</b>	<b>MDK-Gutachten und (Ablehnungs-)Bescheid(e) der Pflegekasse</b> in Kopie beifügen!		

7. Sonstige Angaben des(r) Antragstellers(in)			
Wurde eine Erwerbsminderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Erwerbsminderung auf	<input type="checkbox"/> Dauer	<input type="checkbox"/> Zeit	von _____ bis _____
<b>Nachweis</b>	<b>Rentenbescheid</b> bzw. <b>Erstbescheid der Rentenversicherung</b> in Kopie beifügen!		
Beihilfeanspruch des Antragstellers, seines Ehegatten oder seiner Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie bereits früher Sozialleistungen beantragt bzw. wurden diese abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt		
<b>Nachweis</b>	<b>Ablehnungsbescheid(e)</b> bitte in Kopie beifügen!		
Wenn ja, welche Leistungen?	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II
	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Kindergeld	<input type="checkbox"/> Krankengeld
Kostenträger			
Wovon haben Sie Ihren Lebensunterhalt bestritten?			
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
<b>Nachweis</b>	<b>Schwerbehindertenausweis</b> bzw. <b>Bescheid v. Versorgungsamt</b> in Kopie beifügen!		
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anmerkung	

Liegt ein Geburtsschaden bzw. ein sonstiger ärztlicher Behandlungsfehler vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Besteht eine Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Sind Sie Geschädigter eines Unfalles?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Sind Sie Geschädigter eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung

### 8. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

	<b>Antragsteller(in)</b>		<b>Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)</b>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaftswoche		Woche		Woche
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Hinweis</b>	<b>Angaben zu Ihren minderjährigen Kindern bitte unter Ziffer 1.4 eintragen.</b>			
Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?				
<b>Nachweis</b>	<b>Ärztliche Bescheinigung</b> in Kopie beifügen.			

### 9. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bzw. Soldatenversorgungsgesetz (SVG)

Haben die nachfragende Person oder die im Folgenden genannten Angehörigen der nachfragenden Person Schädigungen erlitten

- durch Kriegseinwirkung,
- im militärischen Dienst der Bundeswehr,
- bei Ausübung des Zivildienstes?

nein       ja

Geschädigte(r)	Familienname, Vorname	Grad der Schädigungsfolge (GdS)
nachfragende Person		%
Ehegatte		%
Elternteil		%

Sind Angehörige der nachfragenden Person

- durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst,
- an Kriegsleiden verstorben,
- im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben, oder
- bei Ausübung des Zivildienstes verstorben?

nein       ja

Person(en)	Familienname, Vorname	Geburtsdatum
Ehegatte (bei Wiederverheiratung auch früher Ehegatte)		
Kinder		
Elternteil		

**Nachweise**      **BVG-Rentenbescheid** bzw. Sterbeurkunde bitte in Kopie beifügen!

### 10. Vermögenswerte (§ 90 SGB XII)

	<b>des(der) Antragsteller(in)</b>		<b>des Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)/ falls minderjährig Eltern</b>	
<b>10.1 Bank- und Sparguthaben</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Girokonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN		IBAN	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN		IBAN	



Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Kontostand EUR		Kontostand EUR	
<b>Nachweis</b>	Die <b>lückenlosen Kontoauszüge</b> der letzten <b>3 Monate</b> für sämtliche Konten bitte in <b>Kopie</b> beifügen!			

10.2 Aktien- und Investmentanteile				
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bankinstitut		Bankinstitut	
	Wert EUR		Wert EUR	
Aktienfonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bankinstitut		Bankinstitut	
	Wert EUR		Wert EUR	

10.3 Versicherungen				
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Drittbegünstigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begünstigte Person: _____		Drittbegünstigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begünstigte Person: _____	
	Rückkaufswert EUR		Rückkaufswert EUR	
Altersvorsorgeverträge (z.B. Riester / Rürup)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
<b>Nachweis</b>	Vollständiger <b>Versicherungsvertrag</b> inkl. Nachweis über die Höhe des <b>aktuellen Rückkaufwertes</b> bitte jeweils in Kopie beifügen!			
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Abtretung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abtretung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Widerruf möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Widerruf möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Rückkaufswert:	EUR	Rückkaufswert:	EUR
Bestattungsvorsorgevertrag	<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
	Bestattungsunternehmen		Bestattungsunternehmen	
	in Höhe von EUR		in Höhe von EUR	
<b>Nachweis</b>	Eine Kopie des <b>Vertrages</b> bitte beifügen!			

10.4 Bargeld				
	Ich verfüge über	EUR	Ich verfüge über	EUR

10.5 Haus- und Grundeigentum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ___ Eigentumswohnung(en) <input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) (z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen)	<input type="checkbox"/> ___ Eigentumswohnung(en) <input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) (z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen)	

<b>Nachweise</b>	Unterlagen über die <b>Finanzierung</b> (Zins, Tilgung) bitte in Kopie beifügen. Bei Untervermietung / -verpachtung auch die entsprechenden Miet-/Pachtverträge;
------------------	--

**Weitere Angaben zum vorgenannten Haus- und Grundeigentum**

Art des Grundvermögens		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	
Art des Grundvermögens		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	
Art des Grundvermögens		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	

**10.6 Vertraglich gesicherte Ansprüche  ja  nein**

10.6 Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art des Anspruches (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege)			
<b>Nachweis</b>	Eine Kopie des <b>Vertrages</b> bitte beifügen!		

**10.7 Sonstige Vermögenswerte  ja  nein**

10.7 Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kraftfahrzeug	Kennzeichen	Hersteller	Kennzeichen	Hersteller
	Typ	Baujahr	Typ	Baujahr
	Kilometerstand:	km	Kilometerstand:	km
	Zeitwert:	EUR	Zeitwert:	EUR
Weitere Vermögenswerte (z.B. wertvolle Sammlungen, Darlehensrückzahlungsansprüche, Genossenschaftsanteile)				

**11. Vermögensabgabe (Schenkung oder Veräußerung) innerhalb der letzten 10 Jahre  ja  nein**

<input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitz	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
<input type="checkbox"/> Barvermögen	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
<input type="checkbox"/> Sparvermögen	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger

<input type="checkbox"/> Sonstiges	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
<b>Nachweise</b>	<b>Verträge bzw. notarielle Urkunden bitte beifügen!</b>	

<b>12. Bestehen Erb- und Pflichtteilsansprüche</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Erbsanspruch <input type="checkbox"/> Pflichtteilsanspruch		
Art und Höhe			EUR
Erblasser Name und Anschrift			
Todestag und -ort			
<b>Nachweis</b>	<b>Unterlagen (u.a. Erbschein, Testament, Nachlassverzeichnis) bitte in Kopie beifügen!</b>		

<b>Anmerkungen</b>

**Erklärung des(der) Antragssteller(in) und des(der) Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)**

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfegewährung erforderlich, Akten der Betreuungs- und Nachlassgerichte bzw. Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe einzusehen.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Zur Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabepflichtkonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabepflichtplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabepflichtkonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).

Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFüV erteilt.

**Hinweise**

Bei Vorlage von Kontoauszügen können der Verwendungszweck sowie der Adressat von Ausgabebuchungen durch Schwärzen unkenntlich gemacht werden, sofern diese Angaben Rückschlüsse auf die rassische und ethnische Herkunft, politischen Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben zulassen würden (§ 67 Abs. 12 i.V.m. § 67a Abs. 1 Satz 2 SGB X). Je nach Besonderheit des Einzelfalles kann jedoch nachträglich eine Offenlegung der unkenntlich gemachten Daten verlangt werden.

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird. Bereits beglichene Heimkosten für diese Zeiträume können nicht übernommen werden.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Der Bezirk Schwaben ist zur Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der geforderten Daten und Auskünfte im Rahmen der Bestimmungen der Art. 15 Abs. 1 und Art. 16 Bayerisches Datenschutzgesetz (BayDSG) in Verbindung mit §§ 67 ff SGB X berechtigt.

Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden (§ 66 SGB I).

**Geldleistungen können auf folgende Bankverbindung der nachfragenden Person gezahlt werden:**

Kontoinhaber	Name	Vorname
Bankinstitut	Name	
IBAN (22-stellig)		
PLZ, Ort	Datum	Unterschrift
		_____
		Antragssteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter
		_____
		Ehegatte(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)
		_____
		Aufnehmende Person

**Anlage 1 - Anlagenverzeichnis zum Sozialhilfeantrag**

Um eine zeitnahe Bearbeitung sicherstellen bzw. unnötiges Nachfragen vermeiden zu können, werden Sie gebeten die erforderlichen Nachweise vollständig entsprechend Ihrer Angaben dem Sozialhilfeantrag beizufügen und diese in der Spalte Nachweise mit einem Kreuz (X) zu kennzeichnen.

Unterlagen die zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden bitten wir in der letzten Spalte ebenfalls mit einem Kreuz (X) zu versehen.

<b>Nachweise</b>	<b>Angaben im Formblatt</b>	<b>wird nachgereicht</b>
<input type="checkbox"/> Bescheinigung Aufenthaltstitel	Ziffer 1.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde des (getrenntlebenden / geschiedenen) Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/Partner(in)	Ziffer 1.1, 2.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scheidungsurteil bzw. Unterhaltstitel	Ziffer 1.1, 2.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Betreuerausweis bzw. Beschluss	Ziffer 1.2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag	Ziffer 1.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde Mutter	Ziffer 2.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde Vater	Ziffer 2.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einkommensnachweise über sämtliche Einkünfte der letzten 12 Monate	Ziffer 3.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag(e) und Nachweis über mtl. Beitragszahlung	Ziffer 3.2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mietvertrag, letztes Mietanpassungsschreiben und letzte Nebenkosten abrechnung	Ziffer 4.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Finanzierung zur Immobilie(n), ggf. Untermietvertrag	Ziffer 4.2, 10.5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hausgeld (Vorauszahlung für selbstbewohnte Immobilie)	Ziffer 4.2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Miete an Vermieter bzw. Abschlagszahlungen an Energieversorger	Ziffer 4.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beitragsbescheid der Krankenkasse	Ziffer 6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MDK-Gutachten, (Ablehnungs-)Bescheide der Pflegekasse	Ziffer 6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rentenbescheid bzw. Feststellungsbescheid der Rentenversicherung	Ziffer 7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ablehnungsbescheid(e) über Sozialleistungen	Ziffer 7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis und/oder Bescheid v. Versorgungsamt	Ziffer 7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung	Ziffer 8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BVG-Rentenbescheid bzw. Sterbeurkunde	Ziffer 9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller Bank- und Sparkonten	Ziffer 10.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag inkl. Nachweis über den aktuellen Rückkaufswert	Ziffer 10.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vertrag zu vertraglich gesicherten Ansprüchen (z.B. Übergabevertrag)	Ziffer 10.6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorgevertrag	Ziffer 10.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wertgutachten Autohändler	Ziffer 10.7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vertrag zu Vermögensabgaben der letzten 10 Jahre	Ziffer 11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweise zu Erb- und Pflichtteilsansprüchen (u.a. Testament, Erbschein, Nachlassverzeichnis)	Ziffer 12	<input type="checkbox"/>
<b>Ausschließlich für Leistungen der Eingliederungshilfe (betrifft nicht den Behindertenfahrdienst)</b>		
<input type="checkbox"/> Ärztlicher Bericht nach dem Gesamtplanverfahren		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sozialbericht		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einverständniserklärung GPV - nur bei seelischer Behinderung		<input type="checkbox"/>