

**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 auf Seite 4 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. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!

|  | 1. Person  |                                   | 2. Person  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> männlich  | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich  | <input type="checkbox"/> weiblich |
|  | <b>Antragsteller(in) 1</b>   |                                   | <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2<br><input type="checkbox"/> Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend)<br><input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes<br><input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Kind |                                   |
| Familiennamen, auch Geburtsname, Vorname   |  |                                   |  |                                   |
| Anschrift<br>Straße, Haus-Nr.,<br>PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)                      |  |                                   |  |                                   |
| Geburtsdatum und -ort  |  |                                   |  |                                   |
| Rentenversicherungs-Nr.  |  |                                   |  |                                   |
| Familienstand  | seit:  |                                   | seit:  |                                   |
| Staatsangehörigkeit  |  |                                   |  |                                   |
| bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status                                      | <input type="checkbox"/> EU-Ausländer<br><input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigter<br><input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer |                                   | <input type="checkbox"/> EU-Ausländer<br><input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigter<br><input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer   |                                   |
| Betreuer(in) (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)                                   |  |                                   |  |                                   |
| Anschrift des/der Betreuer(in)<br>Straße, Haus-Nr.,<br>PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) |  |                                   |  |                                   |
| Besteht eine dauernde volle Erwerbsminderung? (Nachweis beifügen)                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                                   |
| Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten?                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja: von wem?<br>bis wann?<br><br>Grund für die Beendigung:  |                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja: von wem?<br>bis wann?   |                                   |

## 2. Unterhalt

nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:

|  |   |   |
|--|---|---|
| Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?  | Vater:<br>Mutter:<br>Kind 1:<br>Kind 2:<br>Weitere Kinder:  | Vater:<br>Mutter:<br>Kind 1:<br>Kind 2:<br>Weitere Kinder:  |
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> Nein, Grund:<br><input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen) | <input type="checkbox"/> Nein, Grund:<br><input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen) |
| Falls ja:<br>Familiennamen, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners   |   |   |
| Anschrift<br>Straße, Haus-Nr.,<br>PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)  |   |   |
| Geburtsdatum und -ort  |   |   |

### 3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

#### 3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Kaltmiete (Betrag)   | Nebenkosten (Betrag), soweit nicht in der Miete enthalten<br>← z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung   | <b>Bitte Nachweise vorlegen!</b>   | Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag)                          |
| Wohnungsgröße Gesamt – qm  | Anzahl der Räume<br>Davon untervermietet -->   | leer Räume   | möbliert Räume  |
| Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)   |  |  | Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss) bewilligt bis<br>monatlicher Betrag |
| Heizungsart<br><input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen                     | Energieart<br>Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> | Darin Kochfeuerung enthalten?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Einnahmen aus Untervermietung (monatlicher Betrag)                  |
| Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) (monatlicher Betrag) | <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung   | <input type="checkbox"/> Mit Warmwasserbereitstellung zu zahlen an (auch Kundennummer)     |   |
| Mieter der Wohnung   | Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichend von Personenzahl auf S. 1)   |  |   |

#### 3.2 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! Dazu füllen Sie bitte die Erklärung über Aufwendungen und Einkünfte bei Haus- und Wohneigentum aus!

#### 3.3 Mehrbedarf

|  | 1. Person  | 2. Person   |
|--|--|---|
| Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen!)                            | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis<br><input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis<br><input type="checkbox"/> nein                        |
| Merkzeichen G oder aG ?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                       |
| Besteht eine Schwangerschaft? ((Nachweise vorlegen)                                  | <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein               |
| Sind sie allein erziehend?   | <input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein |   |
| Erhalten Sie Eingliederungshilfe für wesentlich Behinderte                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                       |
| Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen!<br><input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen!<br><input type="checkbox"/> nein |

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

|                         |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|
| Wo sind Sie versichert? |  |  |  |  |
|                         | <b>Krankenversicherung</b>   | <b>Pflegeversicherung</b>  | <b>Krankenversicherung</b>   | <b>Pflegeversicherung</b>  |
|                         | <input type="checkbox"/> nicht versichert<br><input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> Familienversichert<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> nicht versichert<br><input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> Familienversichert<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> nicht versichert<br><input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> Familienversichert<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> nicht versichert<br><input type="checkbox"/> pflichtversichert<br><input type="checkbox"/> Familienversichert<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> privat versichert |
| Höhe des mtl. Beitrags  | <b>Krankenversicherung</b>   | <b>Pflegeversicherung</b>  | <b>Krankenversicherung</b>   | <b>Pflegeversicherung</b>  |

#### 4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!,

(z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.

| Art:   | 1. Person   |      | 2. Person   |      |
|--|---|------|---|------|
|  |   | Höhe |   | Höhe |
| Arbeitseinkommen                                     | <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 |      |
| Witwenrente bzw. Witwerrente                         | <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 |      |
| Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente                   | <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 |      |
| Waisenrente  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      |
| Werks- / Zusatz-/Privatrente                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      |
| Auslandsrente  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      |
| Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      |
| Mieteinnahmen / Pachteinnahmen                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |      |

| Art:  | 1. Person                     |                             | 2. Person                     |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
|   |                               | Höhe                        |                               | Höhe                        |
| Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kindergeld                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Leistungen für hochgradig Sehbehinderte     | <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 |
| Gehörlosenhilfe                             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz | <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 |
| Sonder- / Weihnachtzuwendung                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Steuererstattung                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstige Einkünfte                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

**Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in** (Bitte Nachweise beifügen)

|                         | Bestehen:   | Versicherungsgesellschaft | Jahresbeitrag |
|-------------------------|---|---------------------------|---------------|
| Haftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                           |               |
| Hausratversicherung     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                           |               |
| Weitere Versicherungen  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                           |               |

**5. Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in** (Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

|   |                               |                             |                                      |
|---|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Bargeld   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Bausparvertrag  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag, Geldmarktkonto usw.) (Auszüge 10 Jahre rückwirkend) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Wurde ein Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw.) in den letzten 10 Jahren aufgelöst?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflegeheim)   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Bestattungsvorsorgevertrag  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Sterbeversicherung Anzahl   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Rückkaufwert bei Antragstellung in € |
| Grabpflegevertrag   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Vorsorgebetrag in €                  |
| Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Rückkaufwert bei Antragstellung in € |
| Unfallversicherung mit Rückkaufwert   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Rückkaufwert bei Antragstellung in € |
| Wertpapiere (Anlageform/Institut)   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Kraftfahrzeug(e) (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wert in €                            |
| Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |
| Sonstiges Vermögen und zwar:  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag in €                          |

**Angaben zu Immobilien und/oder Grundbesitz**

| Sind Sie, Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien und/oder Grundbesitz? |   |   |
|---|---|---|
|   |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Art der Immobilie und des Grundbesitzes   | Lage angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen) | Größe   |
|   |   | a) Grundstücksfläche (in m²)<br>b) Wohnfläche (in m²)     |
| Hauseigentum  |   | a) _____<br>b) _____                                      |
| Wohnungseigentum  |   | a) _____<br>b) _____                                      |
| Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke                  |   | a) _____  |
| Sonstiges Haus- oder Grundvermögen  |   | a) _____  |

**Angaben zu Schenkungen und Vermögensübertragungen**

Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

ja, in den letzten 10 Jahren       ja, vor über 10 Jahren       nein

Haben Sie, Ihr/e Partner/in jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

ja       nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

| Begünstigte/r<br>(Name, Adresse, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen) | Art der Zuwendung<br>(Was wurde übergeben?) | Höhe/Wert der Zuwendung |
|--|---|-------------------------|
|  |   |                         |
|  |   |                         |
|  |   |                         |

**Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag, Urteil, etc. vor)**

|  |  |
|--|--|
| Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                |
| Anspruch auf Pflege                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                |
| Leibrente und sonstige Rechte          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                |
| Verpfändungen/Bürgschaften             | Begünstigter: _____<br>Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____                            |
| Verzicht auf vertragliche Rechte       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn ja, bitte Erläuterung: |

**6. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:**

|   |                    |
|---|--------------------|
| IBAN<br><div style="border-top: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> | Bank/ Geldinstitut |
|---|--------------------|

## 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.

Beratungs- und Informationsangebot

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

Bescheide in Angelegenheiten der Sozialhilfe sollen an die nachstehende Person gesandt werden:

Die übrigen Personen werden von dieser Person informiert.

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

Datum

|           |              |
|-----------|--------------|
| 1. Person | Unterschrift |
| 2. Person | Unterschrift |

# Hinweise zum Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII)

## Allgemeines:

Antragsberechtigt auf Leistungen der Grundsicherung sind alle Personen, die die in § 41 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) genannte Altersgrenze vollendet haben. Schon mit der Vollendung des 18. Lebensjahres sind Personen dann antragsberechtigt, wenn sie voll erwerbsgemindert sind und es unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

Allerdings stehen Leistungen der Grundsicherung nur dann zu, wenn das Einkommen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken und auch Vermögen nicht einzusetzen ist.

Leben Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft zusammen, so wird auch das Einkommen und Vermögen des bzw. der Anderen berücksichtigt.

Darüber hinaus kann die Unterhaltspflicht des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartners eine Rolle spielen. Die Unterhaltspflicht von Eltern und Kindern bleibt dagegen unberücksichtigt, es sei denn, dass im Einzelfall ein sehr hohes Einkommen vorhanden ist (**jährlich 100.000 EUR oder mehr**).

Keinen Anspruch auf Grundsicherung haben Personen, die ihre Bedürftigkeit in den letzten 10 Jahren vor der Antragstellung vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Der Antrag enthält viele leistungsrelevante Fragen, die für die Bearbeitung erforderlich sind. Durch sorgfältiges Ausfüllen vermeiden Sie Nachfragen und damit zeitliche Nachteile.

Der Antrag selbst ist wie folgt aufgebaut:

Fragen zu Personendaten und Unterhalt  
Fragen zur individuellen Bedarfslage  
Fragen zum Einkommen  
Fragen zum Vermögen und sonstiges.

## Zu 1.: Persönliche Verhältnisse (Antragsseite 1)

Eine *eheähnliche Gemeinschaft* besteht zwischen zusammen lebenden und wirtschaftenden Partnern unterschiedlichen Geschlechts, die füreinander einstehen und sich füreinander verantwortlich fühlen. „Lebenspartner“ sind eingetragene Partner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Bei mehr als zwei Personen in Ihrem Haushalt machen Sie bitte zusätzliche Angaben!

Darüber hinaus ist z.B. bei Umzug wichtig, ob am bisherigen Wohnort bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt wurden.

## Zu 2.: Unterhalt (Antragsseite 1)

Nach § 43 Absatz 3 SGB XII bleiben Unterhaltsansprüche einer grundsicherungsberechtigten Person gegenüber ihren Kindern und Eltern grundsätzlich unberücksichtigt, sofern deren Einkommen unter dem Betrag von 100.000 EUR jährlich liegen. Das Einkommen mehrerer Kinder wird nicht zusammengerechnet. Sofern Anhaltspunkte vorliegen, dass die Einkommensgrenze von **100.000 EUR** erreicht oder überschritten wird, kann verlangt werden, dass die Daten der betreffenden Personen angegeben werden.

Unterhaltsansprüche bei getrennt Lebenden oder Geschiedenen sind generell zu verfolgen.

## Zu 3.1 bis 3.2: Kosten der Unterkunft (Antragsseite 2)

Zur Grundsicherung gehören auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung. Ohne Beantwortung dieser Fragen ist keine Bedarfsbemessung möglich.

Wenn Sie Fragen haben zur Höhe der Angemessenheit oder eine neue Wohnung suchen, so lassen Sie sich bitte beraten. Es wird empfohlen, vor Abschluss eines neuen Mietvertrages die Zustimmung dazu einzuholen.

Bei Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus u.a.m.) können Fragen zu Unterkunft und Heizung unbeantwortet bleiben, da hier ein Durchschnittsbetrag angesetzt wird.

## Zu 3.3 bis 3.4: Weitere Bedarfe, Persönliche Situation (Antragsseite 2)

Im Einzelfall können auch weitere Bedarfe berücksichtigt werden wie:

- Mehrbedarfe für Personen, die Altersgrenze vollendet haben oder unter 65 Jahren und voll erwerbsgemindert sind und einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkmal „G“ haben; für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche; für Personen mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, kostenaufwändige Ernährung,
- Angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (3.4),

## Zu 4.: Einkommen (Antragsseite 2 und 3)

Grundsicherungsleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens.

Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert.

Soweit eine spezielle Einkommensart im Vordruck nicht aufgeführt sein sollte, ist dieses Einkommen unter *Sonstige Einkünfte* zu erfassen.

Ihr anzurechnendes Einkommen verringert sich u.a. durch gezahlte Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen werden nur abgesetzt, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Werbungskosten werden abgesetzt, soweit sie zur Erzielung des Einkommens notwendig sind.

## **Zu 5.: Vermögen (Antragsseite 3 und 4)**

Bitte geben Sie alle Vermögenswerte an.

Bitte geben Sie hier auch an, wenn Sie noch Ansprüche gegen Dritte haben (z. B. Erbansprüche, Rückforderungen aus Verträgen oder Schenkungen o.ä.).

Es ist auch zu prüfen, ob sich Ansprüchen aus Vermögensübertragungen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.

Ob Sie Ihr Vermögen verwerten müssen, wird im Rahmen der Antragsprüfung entschieden. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

### **Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I)**

(Die jeweils aktuelle Fassung können Sie im Internet unter „<http://bundesrecht.juris.de>“ und dort unter „Gesetze/Verordnungen“ und dem Stichwort „SGB I“ finden.)

#### **Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

##### **§ 60 Angabe von Tatsachen**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

##### **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

### **Auszug aus dem Strafgesetzbuch - (StGB)**

(Die jeweils aktuelle Fassung können Sie im Internet unter „<http://bundesrecht.juris.de>“ und dort unter dem Stichwort „StGB“ finden)

##### **§ 263 Betrug**

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren. ....
- (4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) ...
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).
- (7) ....

**Weitere Informationen zu gesetzlichen Bestimmungen können Sie auf Wunsch auch in Ihrem Sozialamt erhalten.**