

Cottenbacher Str. 23  
95445 Bayreuth

## Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen

nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

gewünschte Leistung: \_\_\_\_\_

**Hinweis nach § 67a Abs. 3 SGB X:** Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 – 128 SGB XII).

**Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):** Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 des Sozialgesetzbuches (SGB) (Erstes Buch- Allgemeiner Teil) erhoben.

Name und Anschrift der Einrichtung/ des Anbieters:

Beginn der Leistung:

1. Persönliche Verhältnisse	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/ (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) des Lebenspartners (bei Platzmangel bitte Extrablatt verwenden)
<b>Familienname</b>		
Geburtsname, ggf. frühere Namen		
Vornamen		
Geburtsdatum, Geburtsort, Land		
Ggf. Sterbedatum, Sterbeort		
Wohnort mit Postleitzahl		
Straße, Ortsteil, Hausnummer		
Telefon/E-Mail		
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> <small>in eingetragener Lebenspartnerschaft</small> <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
<b>Staatsangehörigkeit</b>	Deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	Deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status + Passkopie beifügen		
Zuletzt ausgeübter Beruf /Arbeitgeber		
<b>Rentenversicherung</b>		
<b>Krankenversichert als</b>	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> privates Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> versichert über Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	Monatsbeitrag _____ EUR Wenn derzeit nicht krankenversichert, Mitgliedschaft zuletzt bei folgender Krankenkasse:
Krankenkasse:		
<b>Betreuung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie des Betreuerausweises beifügen)	Name: Anschrift:	Tel. Nr.: E-Mail:
<b>Bevollmächtigung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie der Vollmacht beifügen)	Name: Anschrift:	Fax:
<b>Wohnverhältnisse der nachfragenden Person</b> (vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung oder zum betreuten Wohnen) sofern die Übernahme von Unterkunftskosten beantragt wird, bitte Beiblatt ausfüllen.		
<input type="checkbox"/> <b>Mietwohnung</b> <input type="checkbox"/> <b>Untermieter</b> <b>Miete monatlich (ohne Nebenkosten):</b>		€
Nebenkosten (z. B. Wassergeld, Abwasser- u. Abfallbeseitigung – bitte belegen):		€
Heizungskosten mtl.		€
Die bisher. Wohnung wurde gekündigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____	zum: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Eigentumswohnung/eigenes Haus</b>	<input type="checkbox"/> <b>freies Wohnrecht oder Nießbrauch</b>	
Monatlich anfallende Kosten (z. B. Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer – bitte belegen):		

2. Angehörige (Kinder, Eltern)			
2.1 Familienname (ggf. auch Geburtsname)			
2.2 Vorname(n)			
2.3 Geburtsdatum			
2.4 Familienstand/Verwandtschafts- verhältnis zur nachfragenden Person			
2.5 in Haushaltsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.6 PLZ / Wohnort			
2.7 Straße, Nr.			
2.8 Telefon (mit Vorwahl), E-Mail			
2.9 Staatsangehörigkeit			
2.10 Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.11 Ausgeübter Beruf			

3. Sonstige Angaben	
3.1 Frühere Ehegatten der nachfragenden Person (soweit nicht bereits auf S. 1 angegeben): (Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Krankenkasse, Beruf, evtl. Sterbetag und Sterbeort)	_____
3.2 Soweit die Ehe mit dem auf S. 1 angegebenen Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde bzw. die Ehegatten getrennt leben: Urteil des Land-/Familiengerichts in _____ vom: _____ Az.: _____ (Regelung über Unterhalt / Sorgerecht bitte beifügen!)	
3.3 Wurde Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt? (Ggf. Ablichtung des Bescheides der Pflegekasse beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.4 Beihilfeanspruch der nachfragenden Person, des Ehegatten oder der Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)  Beihilfeberechtigter: _____  Beihilfe gewährende Stelle _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.5 Dauernde Behinderung, Krankheit besteht Ursache (z. B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit usw.) _____  Ggf. Grad der Behinderung _____ % festgestellt. Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt) (Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.6 Besteht eine wesentliche Sehbehinderung? (Falls ja, bitte Sehschärfe angeben!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.7 Werden jetzt oder wurden bereits früher Sozialleistungen /Kriegsopferfürsorge bezogen? (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)  vom _____ bis _____ Behörde: _____ Hilfeart: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.8 Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt (z. B. Renten, Kindergeld, Blindengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Wohngeld, Pflegeversicherung, Krankengeld, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz) Datum, Behörde, Az.  _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.9 Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide zur Einsichtnahme beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) und Opferentschädigungsgesetz (OEG) (Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen)	
4.1 Haben die Person, für die Leistungen beantragt werden, oder nachstehend genannte Angehörige, Schädigungen erlitten? (ggf. bitte Bescheid des Zentrum Familie und Soziales (Versorgungsamt) beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung, <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr, <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes oder <input type="checkbox"/> durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff (Gewalttat)

4.2 Sind Angehörige der Person, für die Leistungen beantragt werden, aufgrund nebenstehender Ereignisse verstorben? (ggf. bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung gefallen / vermisst, <input type="checkbox"/> an Kriegsleiden gestorben, <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben oder <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes verstorben <input type="checkbox"/> durch eine Gewalttat	
<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Kind			
Name	Geburtsdatum	MdE; v.H.	Sterbedatum

**5. Aufenthaltsverhältnisse vor Aufnahme in die Einrichtung**

**5.1 Datum des Heimeintritts/Beginn des Betreuten Wohnens:**

\_\_\_\_\_

**5.2 Aufenthalt in den letzten 6 Monaten vor Heimeintritt/Beginn d. Betreuten Wohnens \***

1. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 eig. Wohnung/Haus     Betreutes (Senioren-)Wohnen     Krankenhaus     JVA     Sonstiges\*

2. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 eig. Wohnung/Haus     Betreutes (Senioren-)Wohnen     Krankenhaus     JVA     Sonstiges\*

3. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 eig. Wohnung/Haus     Betreutes (Senioren-)Wohnen     Krankenhaus     JVA     Sonstiges\*

(\*) für weitere Erklärungen bitte ggf. Beiblatt verwenden

**5.3 bei Übertritt aus dem Ausland: Datum und Ort des Grenzübertritts:** \_\_\_\_\_

**6. Wirtschaftliche Verhältnisse der nachfragenden Person, des Ehegatten, Lebenspartners**

6.1 Einkommensverhältnisse (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)			
Einkommensart <sup>1)</sup> (Alle Einkünfte sind anzugeben und zu belegen)	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z. B. Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	Monatlich in Euro	
		Brutto	Netto
Person, für die Hilfe beantragt wird			
Ehegatte/Lebenspartner			
<input type="checkbox"/> falls kein Einkommen: wovon wurde zuletzt der Lebensunterhalt bestritten:			

**1) Beispielhafte Einkommensangaben:**

- |                                |                               |                           |                                 |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Arbeitnehmer Tätigkeit         | Altersrente/Landw. Altersgeld | BAFöG                     | Zinsen                          |
| Selbständige Tätigkeit         | Witwen-, Hinterbliebenenrente | Berufsausbildungsbeihilfe | Mieteinnahmen                   |
| Krankengeld                    | Erwerbsminderungsrente        | Überbrückungsgeld         | Pachteinnahmen                  |
| Arbeitslosengeld I             | Unfallrente (...%)            | Blindengeld               | Unterhalt                       |
| Arbeitslosengeld II (Hartz IV) | Pension                       | Kindergeld                | Rente aus privater Versicherung |
| Wohngeld                       | BVG-Rente                     |                           | Hilfe zum Lebensunterhalt       |
| Übergangsgeld                  | Betriebsrente/Zusatzrente     |                           | Grundsicherung                  |

6.2 Vom Einkommen absetzbare Beiträge und besondere Belastungen (Nachweise bitte beifügen!) (z. B. Versicherungen, Fahrtkosten zur Arbeitsstelle etc.)		
Person (Einkommensbezieher)	Bezeichnung der Ausgabe	Betrag in EUR (monatlich)

**6.3 Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)**

Nachfragende Person	Ehegatte/Lebenspartner
<b>Spar- und Bankguthaben</b> <input type="checkbox"/> ich habe kein Spar- oder Bankguthaben <input type="checkbox"/> ich habe Spar- oder Bankguthaben bei	<b>Spar- und Bankguthaben</b> <input type="checkbox"/> ich habe kein Spar- oder Bankguthaben <input type="checkbox"/> ich habe Spar- oder Bankguthaben bei
Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____	Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____
Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____	Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____
Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____	Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____
<input type="checkbox"/> Verträge zu Gunsten Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begünstigter Institut _____ Konto- bzw. Versicherungs-Nummer _____	<input type="checkbox"/> Verträge zu Gunsten Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begünstigter Institut _____ Konto- bzw. Versicherungs-Nummer _____
<b>Bargeld:</b> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld i.H.v. _____ €:	<b>Bargeld:</b> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld i.H.v. _____ €
<b>Haus- und Grundbesitz</b> <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz (Lage, Adresse, Art etc.)	<b>Haus- und Grundbesitz</b> <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz (Lage, Adresse, Art etc.)

**Versicherungen und sonstige Kapitalanlagen**

<b>Sterbeversicherung</b> (Versicherungsschein in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Ich bin kein Mitglied einer Sterbeversicherung <input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied folgender Sterbeversicherung Name und Anschrift der Versicherung: _____ Versicherungs- Nr.: _____ Begünstigter: _____	<b>Sterbeversicherung</b> (Versicherungsschein in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Ich bin kein Mitglied einer Sterbeversicherung <input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied folgender Sterbeversicherung Name und Anschrift der Versicherung: _____ Versicherungs- Nr.: _____ Begünstigter: _____
<b>Bestattungsvorsorgevertrag</b> (Vertrag in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Ich verfüge über keinen Bestattungsvorsorgevertrag <input type="checkbox"/> Ich verfüge über folgenden Bestattungsvorsorgevertrag Name und Anschrift der Vertragspartner: _____ Vertrags- Nr.: _____	<b>Bestattungsvorsorgevertrag</b> (Vertrag in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Ich verfüge über keinen Bestattungsvorsorgevertrag <input type="checkbox"/> Ich verfüge über folgenden Bestattungsvorsorgevertrag Name und Anschrift der Vertragspartner: _____ Vertrags- Nr.: _____

<p><b>Lebensversicherung</b> (Versicherungsschein in Kopie beifügen)</p> <input type="checkbox"/> Ich besitze keine Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> Ich besitze folgende Lebensversicherungen Name und Anschrift der Gesellschaft: _____  Versicherungs- Nr.: _____  Begünstigter: _____  Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn): _____ (Nachweis beifügen)	<p><b>Lebensversicherung</b> (Versicherungsschein in Kopie beifügen)</p> <input type="checkbox"/> Ich besitze keine Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> Ich besitze folgende Lebensversicherungen Name und Anschrift der Gesellschaft: _____  Versicherungs- Nr.: _____  Begünstigter: _____  Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn): _____ (Nachweis beifügen)
---	---

<p><b>Sonstige Vermögenswerte</b> (ggf. bitte genauere Beschreibung und Höhe, Erläuterung auf gesondertem Blatt)</p> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über <input type="checkbox"/> Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) <input type="checkbox"/> Bausparverträge <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge <input type="checkbox"/> wertvolle Sammlung <input type="checkbox"/> Schmuck, Bilder usw. <input type="checkbox"/> Edelmetall (Gold, Silber usw.) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte	<p><b>Sonstige Vermögenswerte</b> (ggf. bitte genauere Beschreibung und Höhe, Erläuterung auf gesondertem Blatt)</p> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über <input type="checkbox"/> Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) <input type="checkbox"/> Bausparverträge <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge <input type="checkbox"/> wertvolle Sammlung <input type="checkbox"/> Schmuck, Bilder usw. <input type="checkbox"/> Edelmetall (Gold, Silber usw.) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte
---	---

**6.4 Schulden** (bitte durch geeignete Unterlagen belegen!)

Name des Gläubigers, des Schuldners, Grund und Zeitpunkt der Schuldaufnahme	derzeitige Restschuld EUR	Zinsen mtl. EUR	Tilgung, Raten mtl. EUR

<p><b>6.5 Vertraglich gesicherte Ansprüche</b></p> <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbsprüche, Darlehen, Schadensersatz, etc.)  Eine Kopie des entsprechenden Vertrages ist beizulegen.	<p><b>Vertraglich gesicherte Ansprüche</b></p> <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbsprüche, Darlehen, Schadensersatz, etc.)  Eine Kopie des entsprechenden Vertrages ist beizulegen.
--	--

**6.6 Vermögensabgabe / Schenkung**

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein  ja

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Empfänger, Anschrift: \_\_\_\_\_

Grund, Anlass: \_\_\_\_\_

(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

**7. Bankverbindung (Geldleistungen können auf folgendes Konto überwiesen werden)**

Kontoinhaber:	IBAN:
Geldinstitut:	BIC:

**8. Sonstige ergänzende Angaben**

**9. Hinweise und Erklärungen:**

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 Sozialleistungen zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Bezirk Oberfranken übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Rente, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltsangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Bezirk Oberfranken mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Den Bezirk Oberfranken ermächtige ich hiermit – soweit für die Leistungsgewährung erforderlich – Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte, einzusehen, sowie beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dort vorliegende Unterlagen anzufordern. Im Falle meiner Heimunterbringung bin ich damit einverstanden, dass mir die Heimverwaltung in allen Fragen der Leistungsgewährung behilflich ist. Insofern kann sich der Bezirk Oberfranken auch direkt mit der Heimverwaltung in Verbindung setzen, um Daten bei mir erheben zu lassen.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Leistung erforderlich ist

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 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. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Meine Angaben können ggf. durch einen Kontenabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i.V.m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsofopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFüV erteilt.

Außerdem ermächtige ich den Bezirk Oberfranken

- zur Prüfung eines evtl. bestehenden Rentenanspruchs beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Versicherungsverlauf anzufordern;
- zur Prüfung eines evtl. Wohngeldanspruches einen Wohngeldantrag zu stellen;
- zur Prüfung des ausländerrechtlichen Status die erforderlichen Auskünfte beim zuständigen Ausländeramt einzuholen;
- zur Prüfung eines evtl. Erbanspruchs die erforderlichen Auskünfte beim zuständigen Nachlassgericht und dem zuständigen (Zentral-)Finanzamt einzuholen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift nachfragende Person

.....  
Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/  
Lebensgefährte

.....  
Betreuer/gesetzlicher Vertreter

.....  
Betreuer/gesetzlicher Vertreter

**Nicht von nachfragender Person auszufüllen – Bestätigung der Behörde**

Der Antrag auf Leistung ist hier am  aufgenommen worden  eingegangen.

Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die beantragte Leistung vorliegen.

Die einschlägigen Nachweise wurden – soweit sie nicht beiliegen – eingesehen.

Urschriftlich mit \_\_\_\_ Belegen am \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_  
weitergeleitet (mit folgender Stellungnahme – ggf. gesondertes Blatt verwenden)

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

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

## Beiblatt zum Antrag auf Gewährung von Hilfe nach dem SGB XII

Die Übernahme der Unterkunftskosten im Rahmen der Sozialhilfe wird für folgenden Wohnraum beantragt:

### Anschrift:

\_\_\_\_\_ (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Ort)

Wohnung (\_\_\_\_ Zimmer)       Haus / Eigentumswohnung

\_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Wohnfläche

Folgende Personen wohnen außer mir in der angegebenen Unterkunft:

\_\_\_\_\_ (Name)

### Höhe der Unterkunftskosten: .

mtl. Gesamtmiete: \_\_\_\_\_ €;

davon Kaltmiete: \_\_\_\_\_ €; davon Nebenkosten (außer Heizkosten): \_\_\_\_\_ €;

Heizungsart: \_\_\_\_\_ (z.B. Gas, Zentralheizung, Strom);

mtl. Heizkosten: \_\_\_\_\_ €;

Garage, Stellplatz. \_\_\_\_\_ €; Kabelfernsehen: \_\_\_\_\_ €; Sonstiges: \_\_\_\_\_ €;

### Warmwasserbereitung durch:

Gastherme/Etagenheizung       Elektroboiler       Zentralheizung/Fernwärme

(Bitte Mietvertrag und letzte Betriebskostenabrechnung in Kopie beifügen!)

### Anspruch auf Wohngeld

Ich habe Wohngeld beantragt (bitte Bescheid nach Erhalt übersenden)

Ein Wohngeldantrag wurde zuletzt nicht gestellt.

### Bankverbindung:

Die Unterkunftskosten sollen auf  mein Konto /  das Konto meines Vermieters überwiesen werden:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift