

**Der Kreisausschuss des
Main-Kinzig-Kreises
Amt für Sicherheit, Ordnung,
Migration und Integration
-Hilfen für Migranten-**

Antrag eingegangen am
(Eingangsstempel)

Antrag registriert
(Namenszeichen)

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem

AsylbLG
(ausl. Flüchtlinge)

Antragsteller/in

Name, Vorname	Verhältnis zum Hilfesuchenden	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):	Telefon:	Handy:
Beantragte Leistung: <input type="checkbox"/> Sicherung des Lebensunterhaltes <input type="checkbox"/> Krankenhilfe <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege <input type="checkbox"/>		

Persönliche Verhältnisse:	Hilfesuchende/r / Haushaltsvorstand	Ehepartner/in – Lebensgefährte/in
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname (Rufname unterstreichen) und Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist diese geplant? (bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab:
Anschrift (ggf. Anschrift vor Aufnahme in eine Einrichtung)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> alleinerziehend seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft seit: _____
Falls getrenntlebend od. geschieden (wurde bereits eine Unterhaltsregelung getroffen, ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss *	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Erlerner Beruf		
Höchster Berufsausbildungsabschluss*	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Erwerbsstatus *	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Auszubildender -auch Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Sind Sie erwerbsfähig? (falls Einschränkungen bestehen, bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)
Verfügen Sie über einen Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen
Staatsangehörigkeit (bei ausländischen Staatsangehörigen bitte Kopie der Aufenthaltsgenehmigung beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Sind Sie gesetzlich krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Beitragsnachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> nein (bitte ergänzende Angaben zur Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ja (bitte Beitragsnachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> nein (bitte ergänzende Angaben zur Sozialversicherung ausfüllen)
Besteht ein Mehrbedarf wegen:	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (Mutterpass vorlegen)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (Mutterpass vorlegen)

* Erläuterungen siehe Schlüsselverzeichnis, Anlage 1

Angaben zu weiteren Personen Im Haushalt

Name, ggf. Geburtsname		
Vorname/n und Geschlecht (Rufname unterstreichen)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Verwandtschaftsgrad zur / zum Hilfesuchenden (bei Kindern Angabe ob ehelich oder nicht ehelich)	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich
Familienstand	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
Falls getrennt lebend oder geschieden <small>(wurde bereits eine Unterhaltsregelung getroffen, ggf. Nachweise beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:
Sind diese krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss *	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Höchster Berufsausbildungsabschluss *	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Erlerner Beruf		
Verfügen Sie über einen Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen
Erwerbsstatus *	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit <small>(bei ausländischen Staatsangehörigen bitte Kopie der Aufenthaltsgenehmigung beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Auszubildender <small>-auch Schulausbildung</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Sind diese erwerbsfähig? <small>(falls Einschränkungen bestehen, bitte Nachweise vorlegen)</small>	<input type="checkbox"/> ja (<i>kann vollschichtig arbeiten</i>) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (<i>kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten</i>) <input type="checkbox"/> nein (<i>kann nicht arbeiten</i>)	<input type="checkbox"/> ja (<i>kann vollschichtig arbeiten</i>) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (<i>kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten</i>) <input type="checkbox"/> nein (<i>kann nicht arbeiten</i>)
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht? <small>(bitte Nachweise vorlegen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
Besteht ein Mehrbedarf wegen:	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (<i>bitte Mutterpass vorlegen</i>)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (<i>bitte Mutterpass vorlegen</i>)

Erläuterungen siehe Schlüsselverzeichnis, Anlage 1

Angaben über unterhaltspflichtige Personen – auch wenn verstorben – (Eltern, Kinder, getrennt lebende/r und geschiedene/r Ehegatte/in)

Angaben zur Person		
Unterhaltsberechtigte/r <small>(Angabe des Namens)</small>		
Unterhaltspflichtige/r <small>(Name, Vorname)</small>		
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Unterhaltsberechtigten		
Geburtsdatum/ggf. Geburtsname		
Aktuelle Anschrift bzw. Sterbedatum		
Letzte bekannte Anschrift **		
Ausgeübter Beruf		
Arbeitgeber		
liegt bereits ein Unterhaltstitel vor <small>(Urteil, Vergleich, Urkunde)</small>	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein

** Falls die aktuelle Anschrift nicht bekannt ist, ist die letzte bekannte Anschrift anzugeben

Angaben zu weiteren Personen Im Haushalt

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich
<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Mutterpass vorlegen)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Mutterpass vorlegen)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Mutterpass vorlegen)

* Erläuterungen siehe Schlüsselverzeichnis, Anlage 1

Angaben über unterhaltspflichtige Personen – auch wenn verstorben – (Eltern, Kinder, getrennt lebende/r und geschiedene/r Ehegatte/in

<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein

** Falls die aktuelle Anschrift nicht bekannt ist, ist die letzte bekannte Anschrift anzugeben

Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse des / der Hilfesuchenden	
Zugezogen von / am:	
Seit wann ortsanwesend (Datum)?	
Grund des Zuzuges	<input type="checkbox"/> Kündigung des Vermieters wegen _____ <input type="checkbox"/> _____ _____
Beabsichtigte Aufenthaltsdauer	<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> bis _____ <input type="checkbox"/> vorübergehend
Wurde in den vergangenen 2 Jahren bereits Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II/Sozialgeld von _____
Angaben bei Mietverhältnissen	
Art des Mietverhältnisses (bei Untervermietung Nachweis über das Einverständnis des Hauseigentümers vorlegen)	<input type="checkbox"/> Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Mitbewohner
Vermieter (Name, Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort, Bankverbindung)	
Ist der Vermieter Angehöriger oder Verwandter? (ggf. Angabe des Verwandtschaftsverhältnisses)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Werden die Mieteinnahmen vom Vermieter (soweit Verwandter oder Angehöriger) versteuert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wohnung (ist anhand der Mietbescheinigung nachzuweisen)	_____ Zimmer _____ Küche _____ Bad Gesamt _____ qm Baujahr: _____ <input type="checkbox"/> Erdgeschoss / _____ Etage
Höhe der Miete (ist Anhand der Mietbescheinigung nachzuweisen)	Grundmiete: _____ € Umlagen: _____ € Heizung: _____ €
Ist ein Teil der Wohnung an Dritte untervermietet? (bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl der Zimmer: _____ qm: _____ Mietpreis: _____ €
Bis wann wurde Miete gezahlt?	<input type="checkbox"/> lfd. Monat <input type="checkbox"/> bis einschl. _____
Bestehen Mietrückstände ? ggf. Aufstellung des Vermieters beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Zeit vom _____ bis _____
Wurde die Wohnung gekündigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen Mietrückstand <input type="checkbox"/> ja, wegen Eigenbedarf zum _____ <input type="checkbox"/> ja, zum _____ wegen _____
Liegt eine Räumungsklage vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Aktenzeichen des Amtsgerichtes: _____
Liegt ein Räumungsurteil vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Räumungstermin: _____ Aktenzeichen des Amtsgerichtes: _____
Wurde das Mietverhältnis bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen Mietrückständen gekündigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____
Wird Wohngeld bezogen? (ggf. Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nicht beantragt <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € Wohngeld-Nr: _____

Wohneigentum <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weitere Angaben:	
Größe des Eigenheimes	Grundstücksfläche _____ qm Wohnfläche _____ qm Anzahl der Räume: _____
Art des Eigenheimes	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus mit Einliegerwohnung <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung
Monatliche Belastungen (Nachweise sind vorzulegen)	Schuldzinsen: _____ € Tilgung: _____ € sonstige Hauslasten: _____ € Höhe der derzeitigen Restschuld: _____ € Verkehrswert des Grundvermögens: _____ €
Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € (Grundmiete ohne Betriebskosten)
Wird Lastenzuschuss nach dem Wohngeldgesetz bezogen? (ggf. Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nicht beantragt <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € Wohngeld-Nr: _____

Arbeitsverhältnisse derzeit bzw. in den letzten 3 Jahren vor Antragstellung

Person (Name)		
Dauer der Tätigkeit	Von _____ bis _____	Von _____ bis _____
Art der Tätigkeit		
Firma (genaue Adresse angeben)		
Gründe für die etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses		
Zuständige Krankenkasse		
Dauer der Tätigkeit	Von _____ bis _____	Von _____ bis _____
Art der Tätigkeit		
Firma (genaue Adresse angeben)		
Gründe für die etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses		
Zuständige Krankenkasse		

Person (Name)		
Dauer der Tätigkeit	Von _____ bis _____	Von _____ bis _____
Art der Tätigkeit		
Firma (genaue Adresse angeben)		
Gründe für die etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses		
Zuständige Krankenkasse		
Dauer der Tätigkeit	Von _____ bis _____	Von _____ bis _____
Art der Tätigkeit		
Firma (genaue Adresse angeben)		
Gründe für die etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses		
Zuständige Krankenkasse		

Einkommensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

(hierzu zählen sämtliche Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Arbeitseinkünfte, Leistungen des Arbeitsamtes, Krankengeld, Wohngeld, Rente, Unterhalt, Unterhaltsvorschussleistungen, Kindergeld, Kinderzuschlag etc.)

Einkunftsart	Name:	Name:	Name:
Erwerbseinkünfte Arbeitseinkommen (netto) Fahrtkosten zur Arbeitsstätte einfache Entfernung bei Nutzung PKW Preis Monatsfahrkarte ÖPNV Beitrag zu Berufsverbänden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____
Arbeitslosengeld I Betrag (täglich/wöchentlich) Kunden-Nummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Kindergeld / Kinderzuschlag Betrag Kindergeldnummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Leistungen der Rententräger Leistungsart Betrag Versichertennummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____
Unterhalt Betrag Unterhaltspflichtiger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Unterhaltsvorschuss Betrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Leistungen der Krankenkasse Leistungsart Betrag (werk-/ kalendertäglich) Versichertennummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____
Sonstige Einkünfte Einkunftsart Betrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Sonstige vom Einkommen absetzbare Beträge (werden nur anerkannt, wenn sie nach Grund und Höhe angemessen sind)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Ich / Wir habe/n in den letzten 2 Jahren Arbeitslosengeld bezogen Ja (bitte Fragen beantworten) Nein
(wichtig für die Gewährung eines Zuschlages zum Arbeitslosengeld II):

Der Bezug hat geendet zum (bitte den Einstellungsbescheid beifügen):			
Höhe des Arbeitslosengeldes (bitte den Bewilligungsbescheid beifügen):			
Wurde eine Sperrzeit verhängt (bitte den Bescheid beifügen):	<input type="checkbox"/> vom ____ bis ____ <input type="checkbox"/> ab ____ Anspruch erloschen	<input type="checkbox"/> vom ____ bis ____ <input type="checkbox"/> ab ____ Anspruch erloschen	<input type="checkbox"/> vom ____ bis ____ <input type="checkbox"/> ab ____ Anspruch erloschen
Haben Sie zu diesem Zeitpunkt Wohngeld bezogen (bitte den Bescheid beifügen):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____

Ich / Wir habe/n folgende keine Einkünfte beantragt:

Beantragte Leistung (Rente, Arbeitslosengeld I, Krankengeld, etc.)			
Antrag gestellt am:			
Zahlungspflichtiger (Rententräger, Arbeitsamt etc.)			

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen

Einkommensverhältnisse weiterer Personen der Bedarfsgemeinschaft

(hierzu zählen sämtliche Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Arbeitseinkünfte, Leistungen des Arbeitsamtes, Krankengeld, Wohngeld, Rente, Unterhalt, Unterhaltsvorschussleistungen, Kindergeld, Kinderzuschlag etc.)

Name:	Name:	Name:	Name:
<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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ich / Wir habe/n in den letzten 2 Jahren Arbeitslosengeld bezogen Ja (bitte Fragen beantworten) Nein
(wichtig für die Gewährung eines Zuschlages zum Arbeitslosengeld II):

<input type="checkbox"/> vom ____ bis ____ <input type="checkbox"/> ab ____ Anspruch erloschen	<input type="checkbox"/> vom ____ bis ____ <input type="checkbox"/> ab ____ Anspruch erloschen	<input type="checkbox"/> vom ____ bis ____ <input type="checkbox"/> ab ____ Anspruch erloschen	<input type="checkbox"/> vom ____ bis ____ <input type="checkbox"/> ab ____ Anspruch erloschen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____

Ich / Wir habe/n folgende keine Einkünfte beantragt:

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen

Vermögensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

Person:	Name:	Name:	Name:
Bargeld (auch Kleinbeträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €
Girokonto (Auskunftsvollmacht beifügen)**	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank (Bezeichnung)	_____	_____	_____
Bankleitzahl	_____	_____	_____
Kontonummer	_____	_____	_____
derzeitiger Kontostand	_____ €	_____ €	_____ €
Sparguthaben (Auskunftsvollmacht beifügen)**	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank (Bezeichnung)	_____	_____	_____
Bankleitzahl	_____	_____	_____
Kontonummer	_____	_____	_____
derzeitiger Kontostand	_____ €	_____ €	_____ €
Sparguthaben (Auskunftsvollmacht beifügen)**	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank (Bezeichnung)	_____	_____	_____
Bankleitzahl	_____	_____	_____
Kontonummer	_____	_____	_____
derzeitiger Kontostand	_____ €	_____ €	_____ €
Bausparvertrag (letzten Jahreskontoauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bausparkasse	_____	_____	_____
Vertragsnummer	_____	_____	_____
derzeitiges Guthaben	_____ €	_____ €	_____ €
Lebensversicherung/en (bitte Vertrag/Police vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versicherungsunternehmen	_____	_____	_____
Vertragsnummer	_____	_____	_____
derzeitiges Guthaben (aktuelle Rückkaufwertbescheinigung beifügen)	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstiges Barvermögen (z. B. Wertpapiere, Aktien, Schatzbriefe, Hypothekenbriefe, Sparverträge, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €
Grundeigentum (soweit nicht selbst bewohnt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art:	_____	_____	_____
Größe (Wohn- und Grundfläche)	_____	_____	_____
Lage (Ort/Flur/Flurstück)	_____	_____	_____
Verkehrswert:	_____ €	_____ €	_____ €
Kraftfahrzeug/e (Kfz-Schein beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hersteller	_____	_____	_____
Typ	_____	_____	_____
Erstzulassung	_____	_____	_____
Amtl. Kennzeichen	_____	_____	_____
Sonstiges Vermögen Angabe der Art und des Wertes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €
Fällige Erbschafts- ansprüche (Art und Wert des Nachlasses)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €

**Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen. Sofern über die Guthabenstände innerhalb der letzten 6 Monate kein Nachweis geführt werden kann, sind die Bankvollmachten vorzulegen.

Vermögensverhältnisse der Bedarfsgemeinschaft

Name:	Name:	Name:	Name:
<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 <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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ _____ _____ €
<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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €

****Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen. Sofern über die Guthabenstände innerhalb der letzten 6 Monate kein Nachweis geführt werden kann, sind die Bankvollmachten vorzulegen.**

Ansprüche gegen Dritte

<p>Schadensersatzansprüche gegen einen Dritten, ein Versicherungsunternehmen oder eine Berufsgenossenschaft (Nur ausfüllen, wenn eine Behinderung oder ein Leiden oder die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall, eine andere schadensersatzpflichtige Handlung oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist – ggf. kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt angeben)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geltend gemacht am _____ noch nicht geltend gemacht</p> <p>gegen _____</p> <p>Ergebnis: _____</p> <p>Versicherung / Gericht _____ Aktenzeichen: _____</p>
<p>Beihilfeanspruch (nach den Beihilfevorschriften für Beamte)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der Beihilfestelle: _____</p> <p style="padding-left: 120px;">_____</p> <p style="padding-left: 120px;">_____</p> <p>Aktenzeichen: _____</p>
<p>Sonstige Ansprüche (private Unfallversicherung, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrenten)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Bezeichnung: _____ Aktenzeichen: _____</p> <p style="padding-left: 80px;">Anschrift: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Bezeichnung: _____ Aktenzeichen: _____</p>

Rechte aus Verträgen / Schenkungen

<p>Wurde Grundvermögen innerhalb der letzten 10 Jahre an Dritte verschenkt / verkauft? (Bitte letzten Grundbuchauszug beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Käufer / Beschenkter: _____</p> <p style="padding-left: 120px;">Anschrift: _____</p> <p style="padding-left: 120px;">_____</p> <p>Wert: _____ € Grundstücksart: _____</p> <p>Vertrag vom: _____</p>
<p>Wurde Bar- / Sparvermögen / Wertpapiere oder anderes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre an Dritte verschenkt / verkauft / übergeben? (Bitte Nachweise beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Käufer / Beschenkter: _____</p> <p style="padding-left: 120px;">Anschrift: _____</p> <p style="padding-left: 120px;">_____</p> <p>Betrag / Wert: _____ € Vertrag vom: _____</p>
<p>Übergabevertrag (Vertrag bitte beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einsitzrecht <input type="checkbox"/> Recht auf Wartung und Pflege</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Verpflegungsrechte <input type="checkbox"/> Nießbrauchrecht <input type="checkbox"/> Barleistung</p>
<p>Sonstige Verträge (Vertrag bitte beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einsitzrecht <input type="checkbox"/> Recht auf Wartung und Pflege</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Verpflegungsrechte <input type="checkbox"/> Nießbrauchrecht <input type="checkbox"/> Barleistung</p> <p>Vertragsart: _____ Vertrag vom: _____</p>

Ausführliche Begründung des Antrages

(gehen Sie insbesondere ein auf die Ursache der jetzigen Notlage und eigene Vorstellungen zur Überwindung der Notlage)

Meinen
Antrag begründe
ich wie folgt:

Falls erforderlich, Fortsetzung auf Beiblatt

Bankverbindung **Ja** **Nein** (Ggf. ein Konto auf Guthabenbasis einrichten)

Girokonto

Geldinstitut: _____

Anschrift: _____

BLZ: _____ Konto-Nr. _____

Hinweise zur Antragsbearbeitung und Erklärungen des / der Hilfebedürftigen und/oder des / der gesetzlichen Vertreter/s/in des / der Hilfebedürftigen

Ich / Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben und die Angaben in den Anlagen

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bankvollmacht/Selbstauskunft über Bankverbindungen <i>(sofern keine Kontoauszüge vorgelegt werden können)</i>
<input type="checkbox"/> Zusatzfragebogen für Hilfen innerhalb von Einrichtungen |
|--|

der Wahrheit entsprechen. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert dem Kreissozialamt mitzuteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges erfolgt. Auch der Versuch ist strafbar und wird verfolgt.

Sofern die Gewährung der beantragten Leistungen von dem Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen abhängt bzw. gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht werden, ist ggf. eine Vorstellung zu einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung erforderlich. Ich/wir nehme/n zur Kenntnis, dass ich/wir im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungs- bzw. Meldepflichten verpflichtet bin/sind, Einladungen zu Untersuchungsterminen Folge zu leisten und der Einholung von Auskünften von den Ärzten, die mich/uns behandelt haben, zuzustimmen (Hinweis: Wenn dies erforderlich sein sollte, wird Ihnen eine entsprechende Einverständniserklärung zur Unterschrift vorgelegt)

Komme/n ich/wir den meiner/unserer vorgenannten Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Sachverhaltsaufklärung erschwert, kann dies zur Versagung oder Entziehung der Leistungen führen (§ 66 SGB I).

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und die Angaben zur Kfz-Halterschaft überprüft werden. Ich/Wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten zur Prüfung eines ggf. alternativ bestehenden Wohngeldanspruchs an die Wohngeldstelle bzw. Kinderzuschlages an die Familienkasse der Agentur für Arbeit einverstanden.

Der/die Antragsteller/in wird bis auf Widerruf für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft als Zustellungsbevollmächtigte(r) für sämtliche anlässlich der Leistungsgewährung anfallenden Bescheide benannt (*dies umfasst neben der Bewilligung auch ggf. erforderliche Aufhebungs- und Rückforderungsbescheide*) und ist darüber hinaus berechtigt die Sozialleistungen für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft entgegenzunehmen (*sofern die Vollmacht nicht erteilt wird, ist ein gesonderter Antrag zu stellen*).

Ich/Wir bin/sind belehrt worden, dass ich/wir umgehend noch folgende Unterlagen vorzulegen habe/n

Die in Anlage 3 aufgeführten Unterlagen lege/n ich / wir noch vor:

(Ort, Datum)

(Unterschrift -Antragsteller/in-)

(Ort, Datum)

(Unterschrift volljähriger Hilfesuchende/r)

Raum für interne Bearbeitungsvermerke:

Stellungnahme der aufnehmenden Behörde

Der/Die Antragstellerin sind polizeilich, wie im Antrag angegeben, gemeldet

- ja, mit Erstwohnsitz
 ja, mit Zweitwohnsitz, Erstwohnsitz ist
 Nein

Ergänzend zu den Angaben teilen wir folgendes mit:

(insbesondere zu den Wohn-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, Arbeitssituation der im Haushalt lebenden Personen)

Falls erforderlich, Fortsetzung auf Beiblatt

(Ort, Datum)

(Unterschrift)