



50 – Sozialamt

50.4 Eingliederungshilfe

Eschstraße 29 · 49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:

Az: 50.4/ 412 – G

Eingang:

Erstantrag auf Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt

nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

ab

1. Häusliche Verhältnisse

	Antragssteller/-in	Ehegatte/Lebenspartner/-in
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum, -ort		
Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt lebend
Staatsangehörigkeit		
Betreuer/-in (Falls noch nicht vorgelegt, bitte Kopie vom Betreuerausweis beifügen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Name: Adresse: Telefon-Nr.: E-Mail:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Name: Adresse: Telefon-Nr.: E-Mail:

2. Mehrbedarfe

Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis beantragt am: Merkzeichen G? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis beantragt am: Merkzeichen G? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Teilnahme gemeinschaftliche Mittagsverpflegung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Arbeitstage:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Arbeitstage:
Liegt eine Schwangerschaft vor? (bitte Mutterpass beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mehrbedarf kostenaufwändige Ernährung (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. Kranken- und Pflegeversicherung

Antragssteller/-in	Ehegatte/Lebenspartner/-in
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse

Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Stammversicherten:	Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Stammversicherten:
Name, Vorname Geburtsdatum	Name, Vorname Geburtsdatum
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer

4. Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner/-in usw.

	1.	2.
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Verwandtschaftsverhältnis		
Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)		
Höhe der lfd. Unterhaltszahlung		
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht? Wenn ja, wo? (Bitte Unterhaltstitel, z. B. Urteil beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<p>Verfügt eines Ihrer beiden Elternteile über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,- EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist mir/uns nicht bekannt Wenn ja, welcher Elternteil? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater</p> <p>Mit welcher Tätigkeit erzielen Ihre Eltern Einkommen?</p> <p>Mutter _____</p> <p>Vater _____</p> <p>Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,- EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist mir/uns nicht bekannt</p> <p>Wenn ja, welches Kind?</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Bezeichnung der Tätigkeit _____</p>		

Hinweis: Entsprechende Nachweise in den folgenden Punkten sind beizufügen!

5. Einkünfte (Alle Einkünfte der genannten Personen; die der Eltern nur dann, wenn Antragssteller/-in minderjährig und unverheiratet)

Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen, wo erforderlich	Antragssteller/-in EUR/Monat	Ehegatte/Lebenspartner/-in EUR/Monat
---	---------------------------------	---

Arbeitseinkommen

<input type="checkbox"/> Selbständige Tätigkeit		
<input type="checkbox"/> Bruttoerwerbseinkommen (z. B. Werkstattlohn)		

Renten aus Sozialversicherung

<input type="checkbox"/> Altersrente		
<input type="checkbox"/> Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente		
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente (z. B. Witwen- oder Waisenrente)		
<input type="checkbox"/> Unfallrente		
<input type="checkbox"/> auch: Kindererziehungsleistungen		

Sonstige Renten (z. B. Betriebsrente) -bitte eintragen -

-rente		
-rente		
BVG: <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente		
<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente/Unterhaltsbeihilfe		
<input type="checkbox"/> Beamtenrechtliche Pension o. ä.		

Sonstige Einkünfte

Arbeitslosengeld: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II (Hartz IV)		
<input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Blindenhilfe		
<input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld		
<input type="checkbox"/> Miet-/ <input type="checkbox"/> Pachteinnahmen		
<input type="checkbox"/> Kindergeld/Kinderzuschlag		
<input type="checkbox"/> Elterngeld		
<input type="checkbox"/> Kapitalerträge/Zinsen		
<input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen (z. B. Unterhaltsvorschussgesetz, Angehörige)		
<input type="checkbox"/> Wohngeld		
<input type="checkbox"/> BaföG <input type="checkbox"/> BAB		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<input type="checkbox"/> Beziehen Sie sonstige Sozialleistungen? Wenn ja, welche Art?		

Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII, §§ 115, 116 SGB X)

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z. B. Entschädigung von einer Versicherung)?

nein ja, und zwar wie folgt:

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?

6. Aufenthaltsverhältnisse

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am	von (letzte Adresse oder Ort des Grenzübertritts in die Bundesrepublik Deutschland)
Hat sich eine der unter 1. (Häusliche Verhältnisse) genannten Personen vor dem Eintritt in die vermeintliche Hilfebedürftigkeit in einer Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kindereinrichtung o. ä.) aufgehalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
Name, Vorname	
Name und Anschrift der Einrichtung/ambulanten Wohnmöglichkeit	
Kostenträger für den Aufenthalt in der Einrichtung/ambulanten Wohnmöglichkeit	

7. Kontoverbindung

Kontoinhaber/-in:	Kreditinstitut:
IBAN:	BIC:

8. Hinweise und Schlusserklärungen

1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsopferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und § 9 Abs. 3 AsylbLG). Deshalb werde ich **unverzüglich** und **unaufgefordert** alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

3. Hinweise/ Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII, des AsylbLG und des BVG. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

4. Bankgeheimnis

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, sich bei allen Geldinstituten, Bausparkassen, Versicherungen und dem Bundeszentralamt für Steuern nach meinen jetzigen und früheren Guthaben, den Kontobewegungen und über die verfügungsberechtigten Personen zu erkundigen, wozu ich diese Stellen hiermit vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entbinde.

5. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

6. Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und die Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in/gesetzliche/-r Vertreter/-in	Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft
------------	---	---