

Eingang:	Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII	Az:
-----------------	---	------------

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel)**
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel)**
- sonstige Leistungen (5. bis 9. Kapitel)**

Hinweis:
 Um sachgerecht über Ihren Antrag 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 der letzten Seite 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 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (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 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname		
Geburtsname		
Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon (freiwillig)		
Geburtsdatum und -ort		
Rentenversicherungsnummer		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit		
bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status		
Kontingentflüchtling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spätaussiedler(in)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum der Einreise in die Bundesrepublik		
z. Zt. ausgeübte Tätigkeit		

	1. Person		2. Person	
Betreuer(in): Familienname	Kopie der Bestellsurkunde beifügen		Kopie der Bestellsurkunde beifügen	
Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
Telefon (freiwillig)				
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus o. ä.) oder einer ambulant betreuten Wohnform?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: seit wann?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: seit wann?	
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt?	Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform		Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform	
Haben Sie bereits Sozialhilfeleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?	
	Weitere im Haushalt bzw. in der Wohngemeinschaft lebende Personen (z. B. Kinder, Eltern, Verwandte, Verschwägerte, andere Personen)			
	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Familienname				
Geburtsname				
Vorname				
Geburtsdatum und -ort				
Familienstand				
persönliche Stellung zum Antragsteller				
Staatsangehörigkeit				
bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status				
Datum der Einreise in die Bundesrepublik				
z. Zt. ausgeübte Tätigkeit				
Schwerbehindertenausweis? Kopie des Ausweises beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:
	Merkzeichen G od. aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G od. aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G od. aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G od. aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Angaben zu im Haushalt lebenden minderjährigen Kindern der 1. und 2. Person					
Name des Kindes					
Name und Anschrift der Mutter/des Vaters, sofern diese nicht im Haushalt leben					
Name d. Krankenkasse					
Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:	
zustehender Unterhaltsbeitrag je Monat	EUR	EUR	EUR	EUR	
Unterhaltsregelung mit Datum u. Aktenzeichen					
2. Unterhalt	1. Person		2. Person nur ausfüllen, wenn auch Antragsteller(in)		
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen od. Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)		<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)		
Familienname	des/der geschiedenen od. getrennt lebenden Ehegatten/Ehegattin oder Partners/Partnerin		des/der geschiedenen od. getrennt lebenden Ehegatten/Ehegattin oder Partners/Partnerin		
Vorname					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Ort					
Geburtsdatum und -ort					
Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft (z. B. Kinder – auch aus früheren Ehen –, nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern)					
Familienname	Vorname	Verwandschafts- verhältnis	Familienstand	z. Zt. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
	1. Person		2. Person		
Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein über erhebliches Einkommen? (ab 100.000 EUR jährl.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wer?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wer?		

3. Bedarfsfeststellung Bitte alle Beträge in EUR angeben	
3.1 Kosten der Unterkunft – Von Personen in stationären Einrichtungen nur auszufüllen, wenn der Ehegatte, Lebenspartner(in), Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft außerhalb der Einrichtung lebt. Bitte aktuelle Nachweise (z. B. Mietvertrag, Aufschlüsselung der Mietnebenkosten) beifügen	
Zahl der Personen in der Wohnung:	Wohnfläche: qm
Einzugsdatum:	Jahr der Bezugsfertigkeit:
mtl. Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten):	EUR
davon Mietzins:	EUR
davon Nebenkosten: (ohne Heizkosten) Heizkosten bitte bei 3.2 eintragen!	EUR
Enthalten die oben genannten Beträge	
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Schönheitsreparaturen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Möblierung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
Können diese Kosten, z. B. durch Abmeldung des Kabelanschlusses oder Einbau eines Sperrfilters, vermieden werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls nein: Bitte Bestätigung des Vermieters beifügen!	
Wie erfolgt die Beseitigung von Restabfällen?	<input type="checkbox"/> Abfalltonne <input type="checkbox"/> Abfallsäcke
falls Abfallsäcke: Bitte Bestätigung des Vermieters oder Abfallgebührenbescheid beifügen!	
Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	EUR
<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer <input type="checkbox"/> möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer	
Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten:	Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!
3.2 Heizkosten – Von Personen in stationären Einrichtungen nur auszufüllen, wenn der Ehegatte, Lebenspartner(in), Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft außerhalb der Einrichtung lebt. Bitte aktuelle Nachweise (z. B. letzte Jahresabrechnung bzw. Einstufung des Energieversorgungsunternehmens) beifügen	
Höhe der mtl. Kosten:	EUR
Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme
	<input type="checkbox"/> sonstige Art (welche?)
Enthalten die vorstehend genannten Beträge	
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Kochenergie (z. B. Gas)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
3.3 Haus- und Wohneigentum	
Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!	

3.4 Mehrbedarf	1. Person	2. Person	
Schwerbehindertenausweis? Ggf. Kopie des Ausweises beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
	Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft? Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!	<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 <input type="checkbox"/> nein		
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	
3.5 Kranken- /Pflegeversicherung – Bitte Nachweise beifügen; bei privater Versicherung Leistungsumfang darlegen!			
Wo sind Sie versichert?			
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat	
bei freiwilliger oder privater Versicherung Höhe des mtl. Betrags			
3.6 Zusatzbedarf			
Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, bei welchen und in welchem Umfang?			
Welche notwendigen Kosten sind damit verbunden?			
Wer leistet die Hilfestellung?			
3.7 Einmaliger Bedarf			
Benötigen Sie Leistungen zur Erstausrüstung für – Wohnung inklusive Haushaltsgeräten – Bekleidung, auch bei Schwangerschaft und Geburt?	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein	
3.8 Besonderer Bedarf – Darlehen für Mietrückstände oder ähnliche Notlagen			
Beantragen Sie derartige Leistungen?	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein	
4. Nur auszufüllen bei Beantragung von Bestattungskosten!			
Name des/der Verstorbenen:	Sterbeort:		
letzte Anschrift des/der Verstorbenen:			
Erhielt der Verstorbene zuletzt Sozialhilfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Von welcher Dienststelle?			
Angaben zu den Erben und nahen Angehörigen (auch Geschwistern, Großeltern, Enkelkindern) des/der Verstorbenen			
Familienname	Vorname	Stellung zum/zur Verstorbenen	Anschrift
1.			
2.			
3.			
4.			

5. Einkommen (Bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen) (z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate) Hinweis: Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind.		
	1. Person	2. Person
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorhandenes Einkommen	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Erwerbseinkommen/ Ausbildungsvergütung		
Entgelt der WfbM		
Leistung der Krankenkasse		
Gewerbebetrieb		
Land- und Forstwirtschaft		
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)		
Wohngeld/Lastenzuschuss		
Altersrente/Pensionen		
Erwerbsminderungsrente		
Unfallrente		
Witwenrente/Waisenrente		
Landwirtschaftliches Altersgeld		
Werksrente		
Arbeitslosengeld II, Sozialgeld - SGB II		
Arbeitslosengeld/Berufsausbildungs- beihilfe/Eingliederungshilfe - SGB III		
Ausbildungsförderung - BAföG		
Kindergeld/Kinderzuschlag Wird die Leistung an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss		
geldwerte Ansprüche z. B. freie Beköstigung, Wohnrecht, Leibrente, Pflege		
Steuererstattung		
Kapitalerträge (Zinsen)		
sonstige Einkünfte		
Haben Sie eine oder mehrere der o. g. Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Zahlung?	Falls ja, bitte Leistungsart, Antragsdatum, Aktenzeichen angeben	Falls ja, bitte Leistungsart, Antragsdatum, Aktenzeichen angeben
6. vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5 berücksichtigt) Bitte Nachweise beifügen		
Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Sterbeversicherung		
Aufwendungen f. Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände o. ä.		
bei Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Kosten für öffentliche Verkehrsmittel		
bei Nutzung eines Kfz	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

7. Einkommen der Personen 3 bis 6 (Bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen) (z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate) Hinweis: Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind				
	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorhandenes Einkommen	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Erwerbseinkommen/ Ausbildungsvergütung				
Entgelt der WfbM				
Leistung der Krankenkasse				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)				
Wohngeld/Lastenzuschuss				
Altersrente/Pensionen				
Erwerbsminderungsrente				
Unfallrente				
Witwenrente/Waisenrente				
Landwirtschaftliches Altersgeld				
Werksrente				
Arbeitslosengeld II, Sozialgeld - SGB II				
Arbeitslosengeld/ Berufsausbildungsbeihilfe/ Eingliederungshilfe - SGB III				
Ausbildungsförderung - BAföG				
Kindergeld/Kinderzuschlag Wird die Leistung an das Kind weitergegeben?	<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
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss				
geldwerte Ansprüche z. B. freie Beköstigung, Wohnrecht, Leibrente, Pflege				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (Zinsen)				
sonstige Einkünfte				
Haben Sie eine oder mehrere der o. g. Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Zahlung?	Falls ja, bitte Leistungsart, Antragsdatum, Aktenzeichen angeben.			
8. vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 7 berücksichtigt) Bitte Nachweise beifügen				
Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen				
Sozialversicherungsbeiträge				
Haftpflichtversicherung				
Hausratversicherung				
Altersvorsorgebeiträge				
Sterbeversicherung				
Aufwendungen f. Arbeitsmittel				
Beiträge für Berufsverbände o.ä.				
bei Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit				
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km
Kosten für öfftl. Verkehrsmittel				
bei Nutzung eines Kfz	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Motorrad	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Motorrad	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Motorrad	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Motorrad

9. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)						
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorhandenes Vermögen	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens
Bargeld						
Bank-/Sparguthaben (inkl. vermögenswirks. Leistungen)						
Wertpapiere / Aktien						
Lebens-/Sterbeversicherungen	Bitte aktuellen Rückkaufswert inkl. Überschussanteil nachweisen!					
Hauseigentum						
Sonstiger Grundbesitz						
Kraftfahrzeug(e)						
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)						
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrecht)						
Sonstiges Vermögen Art des Vermögens						
10. Vermögensübertragungen	1. Person			2. Person		
Wurde Vermögen in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe? an wen?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe? an wen?		
11. Ermittlung eines ggf. kostenerstattungspflichtigen Trägers	1. Person			2. Person		
Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ggf. zu zahlende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:						
Konto-Nr., Bankleitzahl, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers						
Hiervon abweichend bin ich mit folgenden Direktzahlungen einverstanden:						
<input type="checkbox"/> Miete an Vermieter <input type="checkbox"/> Energiekosten an Energieversorger <input type="checkbox"/> Beitrag an Kranken- bzw. Pflegekasse						

Den Antrag auf Sozialhilfeleistungen 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 Sozialhilfeleistungen 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 mitzuteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.
- Ich möchte ausschließlich Grundsicherungsleistungen erhalten, auf einen evtl. ergänzenden Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt verzichte ich. Ich weiß, dass ich diesen Verzicht jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

1. Person Unterschrift

2. Person Unterschrift