

|          |  |      |
|----------|--|------|
| Eingang: | <h2 style="margin: 0;">Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII </h2> <p style="margin: 0;"> <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt            <input type="checkbox"/> Grundsicherung       </p> | Az.: |
|----------|--|------|

**Hinweise:**  
 Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Sozialhilfe gem. § 8 Nr. 1, 2 SGB XII 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 kreuzen Sie Zutreffendes an.  
 Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die datenerhebende Stelle.  
 Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

**1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen**

Bei mehr als zwei Personen bitte unter Punkt 2. bzw. auf gesonderten Blatt ergänzen.

|  | 1. Person  | 2. Person  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers  | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Antragsteller/in 1   | <input type="checkbox"/> Antragsteller/in 2<br><input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend)<br><input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend)<br><input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Name   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorname  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ggf. Geburtsname   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift:<br>Straße, Haus-Nr.,<br>PLZ, Ort<br><br>(freiwillig: Telefon<br>und E-Mail-Adresse) | .....<br>.....<br>.....<br>.....   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum<br>und -ort   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bürger-Identifikations-<br>Nr./Steuer-ID   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rentenversicherungs-<br>Nr.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Postabrechnungs-Nr.  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

|  | 1. Person  | 2. Person  |
|--|--|--|
| Familienstand  | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft<br><input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden<br>seit: ..... | <input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft<br><input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> geschieden<br>seit: ..... |
| Staatsangehörigkeit  |  |  |
| Aufenthaltsrechtlicher Status  | <input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in,<br>Einreise in die BRD am: .....<br><input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r<br><input type="checkbox"/> Sonstiger Status:<br>.....                | <input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in,<br>Einreise in die BRD am: .....<br><input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling<br><input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r<br><input type="checkbox"/> Sonstiger Status:<br>.....                |
| Planen Sie in den kommenden zwölf Monaten einen Auslandsaufenthalt?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, ab wann und wie lange?<br>.....<br>.....  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, ab wann und wie lange?<br>.....<br>.....  |
| Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Datum der Verpflichtungserklärung:<br>.....   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Datum der Verpflichtungserklärung:<br>.....   |
| Wurde eine gesetzliche Betreuungsperson bestellt?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><i>(falls ja, Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)</i><br>Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson:<br>.....<br>.....<br>.....  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><i>(falls ja, Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)</i><br>Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson:<br>.....<br>.....<br>.....  |
| Leben Sie in einer <b>besonderen Wohnform</b><br>(vormals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?<br>.....<br>.....<br>.....  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?<br>.....<br>.....<br>.....  |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

|   | 1. Person  | 2. Person  |
|---|--|--|
| Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Pflegeheim, Krankenhaus)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, wo haben Sie <b>vor der Aufnahme in die Einrichtung</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?<br>.....<br>.....<br>..... | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, wo haben Sie <b>vor der Aufnahme in die Einrichtung</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?<br>.....<br>.....<br>..... |
| Haben Sie in der Vergangenheit bereits Grundsicherungsleistungen erhalten?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja:<br>von wem?<br>.....<br>.....<br>bis wann?<br>.....   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja:<br>von wem?<br>.....<br>.....<br>bis wann?<br>.....   |

### 2. Familienverhältnisse

Außer der nachfragenden Person und seinem Ehegatten/seiner Ehegattin, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft oder Lebenspartner/in leben noch im gemeinsamen Haushalt: z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte (Bei mehr als vier Personen bitte Beiblatt verwenden.)

|   | 1. Person    | 2. Person    | 3. Person    | 4. Person    |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Name  |              |              |              |              |
| Vorname   |              |              |              |              |
| Geschlecht  |              |              |              |              |
| Geburtsdatum  |              |              |              |              |
| Familienstand   |              |              |              |              |
| Staatsangehörigkeit/<br>aufenthaltsrechtlicher<br>Status                |              |              |              |              |
| Voll- oder teilstationäre<br>Unterbringung (z. B.<br>WfbM, Tagesstätte) |              |              |              |              |
| Verwandtschaftsverhältnis<br>zu Antragsteller/in 1<br>(A1)              | A1:<br>..... | A1:<br>..... | A1:<br>..... | A1:<br>..... |
| Antragsteller/in 2 (A2)   | A2:<br>..... | A2:<br>..... | A2:<br>..... | A2:<br>..... |

# Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

## 3. Unterhalt

|   | 1. Person  | 2. Person <i>(nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/in ist)</i>   |
|---|--|--|
| Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?   | Elternteil 1:<br>.....<br>Elternteil 2:<br>.....<br>Kind 1:<br>.....<br>Kind 2:<br>.....<br>Weitere Kinder:<br>.....   | Elternteil 1:<br>.....<br>Elternteil 2:<br>.....<br>Kind 1:<br>.....<br>Kind 2:<br>.....<br>Weitere Kinder:<br>.....   |
| Können Sie sich vorstellen, dass eine der genannten Personen ein jährliches Einkommen von oder über 100.000 Euro hat?                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, welche Person?<br>.....   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Falls ja, welche Person?<br>.....   |
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner/innen einer Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> Nein, Grund:<br>.....<br><input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits titulierte.<br><i>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</i> | <input type="checkbox"/> Nein, Grund:<br>.....<br><input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht.<br><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits titulierte.<br><i>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</i> |
| Familiename, Vorname des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Ehegattin bzw. Partners/Partnerin                              | .....<br>.....<br>.....  | .....<br>.....<br>.....  |
| Anschrift:<br>Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort<br><br>(freiwillig: Telefon)   | .....<br>.....<br>.....<br>.....   | .....<br>.....<br>.....<br>.....   |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

|   | 1. Person   | 2. Person (nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/in ist) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Geburtsdatum und -ort   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Ehegattin bzw. Partners/Partnerin |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 4. Fragen zur Bedarfsfeststellung

Sofern Sie in einer „**besonderen Wohnform**“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben, füllen Sie bitte **nur 4.4** aus.

#### 4.1 Bedarfe für die Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/einem Haus leben!

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Anzahl der Personen im Haushalt: <input style="width: 50px;" type="text"/>   | Wohnfläche (qm): <input style="width: 50px;" type="text"/> | Baujahr des Hauses: <input style="width: 50px;" type="text"/>  | Anzahl der Räume: <input style="width: 50px;" type="text"/> |
| Ich bin/habe:<br><input type="checkbox"/> Hauptmieter/in<br><input type="checkbox"/> Untermieter/in<br><input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer/in ( <b>siehe 4.3</b> )<br><input type="checkbox"/> Hauseigentümer/in ( <b>siehe 4.3</b> )<br><input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigte/r<br><input type="checkbox"/> Nießbrauchberechtigte/r<br><input type="checkbox"/> freies Wohnrecht |  | Falls Sie nicht Hauptmieter/in der Wohnung sind, Name und Anschrift des Hauptmieters/der Hauptmieterin:<br>.....<br>.....<br>..... |   |
| Leben Sie in einer Wohngemeinschaft?   |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |   |
| <b>Kosten der Unterkunft (monatlich)</b>   |  |  |   |
| Kaltmiete  |  | EUR  |   |
| Nebenkosten (ohne Heizung)   |  | EUR  |   |
| Gesamtkosten der Unterkunft (Bruttokaltmiete)  |  | EUR  |   |
| In den oben genannten Beträgen der Kosten der Unterkunft sind enthalten:   |  |  |   |
| 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 den Fernsehempfang über Kabel   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | falls ja, Höhe:  | EUR   |
| Kosten für Möblierung/Teilmöblierung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | falls ja, Höhe:  | EUR   |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

### 4.2 Bedarfe für die Heizung – Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/einem Haus leben!

|   |  |
|---|--|
| Höhe der monatlichen Heizkosten   | EUR  |
| Energieart  | <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme<br><input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich: ..... |
| In den monatlichen Heizkosten sind enthalten:   |  |
| Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (Gas)?  | <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  |
| Die Warmwasserbereitung erfolgt   | <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral (z. B. „Boiler“)   |
| Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z. B. Durchlauferhitzer/Boiler) vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |

### 4.3 Haus-/Wohnungseigentum

**Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!**

### 4.4 Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die in einer „besonderen Wohnform“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben!

|  |  |
|--|--|
| Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum   | <input type="checkbox"/> 1 Person <input type="checkbox"/> 2 Personen                |
| <b>Gesamtkosten</b> der Unterkunft (Bruttowarmmiete)   | EUR  |
| davon Grundmiete:  | EUR  |
| Zuschläge insgesamt:   | EUR  |
| Zuschlag für Möblierung des persönlichen Wohnraums   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   falls ja, Höhe:   EUR    |
| Zuschlag für Wohn- und Wohnnebenkosten   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   falls ja, Höhe:   EUR    |
| Zuschlag für Haushaltsstrom, die Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten Und den Gemeinschaftsräumen und für die Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   falls ja, Höhe:   EUR    |
| Zuschlag für Gebühren für Kommunikation und den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   falls ja, Höhe:   EUR    |
| Die Warmwasserbereitung erfolgt  | <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral (z. B. „Boiler“) |
| Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z. B. Durchlauferhitzer/Boiler) vorhanden?                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |
| Hinweise zu Besonderheiten der Einrichtung und zu den Unterkunftskosten<br><i>(Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)</i>                                      | .....<br>.....<br>.....  |

# Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

## 4.5 Mehrbedarf

|  | 1. Person  | 2. Person  |
|--|--|--|
| Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor?<br><br><i>(Ggf. Kopie des Feststellungsbescheids beifügen!)</i> | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: .....<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> beantragt am: .....<br><br>Merkzeichen G oder aG?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: .....<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> beantragt am: .....<br><br>Merkzeichen G oder aG?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Besteht eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Voraussichtlicher Entbindungstermin:<br>.....   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Voraussichtlicher Entbindungstermin:<br>.....   |
| Sind Sie alleinerziehend?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |  |
| Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigeren Ernährung?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i>   |  |
| Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Ich arbeite<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage<br>pro Woche | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Ich arbeite<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage<br>pro Woche<br><br><i>(sofern ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht ist dieser vorzulegen)</i> |

## 4.6 Kranken-/Pflegeversicherung

(Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

|   | 1. Person  | 2. Person  |
|---|--|--|
| Wo sind Sie kranken- bzw. pflegeversichert? | Name der Krankenkasse:<br>.....<br><br>Mitglied seit:<br>.....<br><br>Art der Versicherung:<br><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung<br><input type="checkbox"/> private Versicherung | Name der Krankenkasse:<br>.....<br><br>Mitglied seit:<br>.....<br><br>Art der Versicherung:<br><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung<br><input type="checkbox"/> private Versicherung |
| KV-Mitgliedsnummer                          | .....  | .....  |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

|  | 1. Person  | 2. Person  |
|--|--|--|
| Höhe des monatlichen Beitrags  | EUR  | EUR  |
| Haben Sie eine ausländische Krankenversicherung?                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein            |
| Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert? | Name der Krankenkasse:<br>.....<br>Mitglied von: .....<br>bis: ..... | Name der Krankenkasse:<br>.....<br>Mitglied von: .....<br>bis: ..... |

**5 Einkommen** (Bitte Nachweise der letzten zwölf Monate beifügen! z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Leistungsbescheid des Jobcenters, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung)

### 5.1 Renteneinkommen

| Einkommensart/<br>Leistung   | 1. Person   |                                      | 2. Person   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Ich erhalte Renten/<br>Pensionen (z. B. Rente<br>wegen Erwerbsminderung,<br>Alter, Unfall,<br>landwirtsch. Altersgeld,<br>Witwen- oder Waisen-<br>rente, Kinderzuschuss/<br>-zulage, Pflegegeld zur<br>Rente, o. ä.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                      |
| Falls ja,  | <b>Bezeichnung/<br/>Rentenart</b>                         | <b>Monatlicher<br/>Betrag in EUR</b> | <b>Bezeichnung/<br/>Rentenart</b>                         | <b>Monatlicher<br/>Betrag in EUR</b> |
|  | .....   | ..... (brutto)                       | .....   | ..... (brutto)                       |
|  | .....   | ..... (netto)                        | .....   | ..... (netto)                        |
|  | .....   | ..... (brutto)                       | .....   | ..... (brutto)                       |
|  | .....   | ..... (netto)                        | .....   | ..... (netto)                        |
| <b>Einkommensart/<br/>Leistung</b>   |   | <b>Monatlicher<br/>Betrag in EUR</b> |   | <b>Monatlicher<br/>Betrag in EUR</b> |
| Betriebsrente/<br>Werksrente   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ..... (brutto)<br>..... (netto)      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ..... (brutto)<br>..... (netto)      |
| Ausländische Renten/<br>Pensionen oder<br>Rentenansprüche  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ..... (brutto)<br>..... (netto)      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ..... (brutto)<br>..... (netto)      |



## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

| Einkommensart/<br>Leistung  | 1. Person   | 2. Person   |
|---|---|---|
| Ich habe eine Rente beantragt   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: .....<br>bei: .....<br>Versicherungs-Nr.: .....<br>Welche Rente wurde beantragt?<br>.....  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: .....<br>bei: .....<br>Versicherungs-Nr.: .....<br>Welche Rente wurde beantragt?<br>.....  |
| Ich habe einen Antrag auf Anerkennung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) gestellt                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: .....<br>bei: .....  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: .....<br>bei: .....  |
| Ich habe freiwillige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung/ betriebliche Altersvorsorge eingezahlt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><p style="text-align: center;"><i>Wenn ja, bitte Nachweise beifügen</i></p>  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><p style="text-align: center;"><i>Wenn ja, bitte Nachweise beifügen</i></p>  |
| Ich habe im Ausland gearbeitet und es wurden Beiträge in die dortige Rentenkasse abgeführt                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><i>Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und des Zeitraums (ggf. Extrablatt nutzen):</i><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><i>Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und des Zeitraums (ggf. Extrablatt nutzen):</i><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....   |
| Ich bin einer Erwerbstätigkeit im Ausland ohne Beiträge in die Rentenkasse zu zahlen nachgegangen           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><p style="text-align: center;"><i>Wenn ja, sind die kompletten Arbeitsverläufe inkl. Nachweise (u. a. Arbeitsverträge) auf der letzten Seite dieses Antrags darzulegen (inkl. genauer Zeitangaben der Tätigkeit und Höhe des Verdienstes beim jeweiligen Arbeitgeber).</i></p> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><p style="text-align: center;"><i>Wenn ja, sind die kompletten Arbeitsverläufe inkl. Nachweise (u. a. Arbeitsverträge) auf der letzten Seite dieses Antrags darzulegen (inkl. genauer Zeitangaben der Tätigkeit und Höhe des Verdienstes beim jeweiligen Arbeitgeber).</i></p> |
| Ich erhalte einen Grundrentenzuschlag   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><p style="text-align: center;"><i>Wenn ja, bitte Nachweise beifügen</i></p>  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><p style="text-align: center;"><i>Wenn ja, bitte Nachweise beifügen</i></p>  |

# Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

## 5.2 Andere Einkommensarten

| Einkommensart/<br>Leistung  | 1. Person  |  | 2. Person   |  |
|---|--|--|---|--|
|   |  | Monatlicher Betrag in EUR  |   | Monatlicher Betrag in EUR  |
| Nichtselbstständige Tätigkeit (z. B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung)                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Entgelt der WfbM  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Leistung der Krankenkasse (einschließlich Arbeitgeberzuschuss)                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Gewerbebetrieb  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Land- und Forstwirtschaft   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Sonstige selbstständige Tätigkeit   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Einnahmen aus Untervermietung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
|   | <input type="checkbox"/> Zimmer<br><input type="checkbox"/> Wohnung                            | <input type="checkbox"/> möbliert<br><input type="checkbox"/> unmöbliert | <input type="checkbox"/> Zimmer<br><input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> möbliert<br><input type="checkbox"/> unmöbliert |
| Sonstige Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Wohngeld/<br>Lastenzuschuss   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
|   | <i>Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen</i> |  |   |  |
| Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |
| Leistungen der Grundversicherung für Arbeitssuchende (SGB II)                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |  |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

| Einkommensart/<br>Leistung  | 1. Person  |                           | 2. Person  |                           |
|---|--|---------------------------|--|---------------------------|
|   |  | Monatlicher Betrag in EUR |  | Monatlicher Betrag in EUR |
| Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z. B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
| Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag)  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
|   | Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           | Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           |
| Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
| Ausbildungsförderung  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
| Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |
| Sonstige Einkünfte aus dem In- und Ausland  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                           |

**6. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziffer 5 berücksichtigt)**  
(Bitte Nachweise beifügen!)

| Ausgaben                    | 1. Person   |                           | 2. Person   |                           |
|-----------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|
|                             |   | Monatlicher Betrag in EUR |   | Monatlicher Betrag in EUR |
| Steuern auf das Einkommen   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           |
| Sozialversicherungsbeiträge | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

| Ausgaben  | 1. Person  |                           | 2. Person  |                           |
|---|--|---------------------------|--|---------------------------|
|   |  | Monatlicher Betrag in EUR |  | Monatlicher Betrag in EUR |
| Haftpflichtversicherung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           |
| Hausratversicherung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           |
| Altersvorsorgebeiträge  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           |
| Sterbegeldversicherung  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           |
| Beiträge für Berufsverbände, Gewerkschaften, Sozialverbände o. ä. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           |
| Kosten für öffentliche Verkehrsmittel                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |                           |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle                     | Entfernung in Kilometer (km):<br>.....   |                           | Entfernung in Kilometer (km):<br>.....   |                           |
| 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. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland (Bitte Nachweise beifügen!)



| Art des Vermögens  | 1. Person   |                   | 2. Person   |                   |
|--|---|-------------------|---|-------------------|
|  |   | Betrag/Wert (EUR) |   | Betrag/Wert (EUR) |
| Bargeld  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |
| Bankguthaben   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |
| Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksame Leistungen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |
| Sonstige Kontoguthaben (z. B. Onlinekonten wie „PayPal“)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |
| Wertpapiere/Aktien   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |
| Schmuck oder Edelmetalle                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |
| Sonstiges Vermögen im In- und Ausland                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                   |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

| Art des Vermögens  | 1. Person  |              |                               | 2. Person  |              |                               |
|--|--|--------------|-------------------------------|--|--------------|-------------------------------|
|  |  | Betrag (EUR) | Fällig am                     |  | Betrag (EUR) | Fällig am                     |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente, Rürup-Rente) | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |              |                               | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |              |                               |
| Sonstige nicht gesetzliche (private) Altersvorsorge                      | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |              |                               | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |              |                               |
|  |  | Betrag (EUR) | Aktueller Rückkaufswert (EUR) |  | Betrag (EUR) | Aktueller Rückkaufswert (EUR) |
| Kapital- oder Risiko-lebensversicherungen                                | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |              |                               | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |              |                               |

|  | 1. Person        |  | 2. Person   |  |
|--|------------------|--|---|--|
|  | Kraftfahrzeug(e) | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | amtliches Kennzeichen:<br>.....<br>Kilometerstand:<br>.....<br>Baujahr:<br>.....<br>Modell:<br>.....<br>Typ:<br>..... | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

|  | 1. Person  |                           | 2. Person          |  |                           |                    |
|--|--|---------------------------|--------------------|--|---------------------------|--------------------|
|  |  | Bezeichnung der Forderung | Höhe der Forderung |  | Bezeichnung der Forderung | Höhe der Forderung |
| Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | .....<br>.....<br>.....   |                    | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | .....<br>.....<br>.....   |                    |

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII

|   | 1. Person  |           | 2. Person  |           |
|---|--|-----------|--|-----------|
|   |  | Anmerkung |  | Anmerkung |
| Hauseigentum bzw. Wohneigentum<br>(bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen) | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |           | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |           |
| Sonstiger Grundbesitz<br>(bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |           | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |           |
| Ansprüche aus Über-<br>tragsverträgen (z. B.<br>Wohnrecht, Nießbrauch,<br>Altenteilsrechte)                           | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |           | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |           |

### 8. 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<br><input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag<br><input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde<br><br>Falls ja, wann? .....<br>In welcher Höhe? ..... | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag<br><input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde<br><br>Falls ja, wann? .....<br>In welcher Höhe? ..... |

### 9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers / Dritten



|   | 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 |



# Erklärung

Den Antrag auf Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 3. 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 Sozialhilfe nach dem SGB XII erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

**Es ist mir bekannt, dass die beantragte Leistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Leistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGB X, § 103 SGB XII). Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden.**

Ich weise darauf hin, dass gem. § 102 a SGB XII für Geldleistungen nach diesem Buch, die für Zeiträume nach dem Todesmonat der leistungsberechtigten Person überwiesen wurden, § 118 Absatz 3 bis 4a des Sechsten Buches entsprechend anzuwenden ist.

- Es besteht noch Informationsbedarf bzw. Beratungsbedarf und es wird um ein Gespräch gebeten. Durch eine Beratung kann geklärt werden, ob weitere Bedarfe bestehen, die zu berücksichtigen sind, wie z. B.:
- Kosten hauswirtschaftlicher Verrichtungen, z. B. notwendige Hilfen beim Reinigen der Wohnung,
  - Erstausrüstung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte, Erstausrüstung für Bekleidung einschließlich Schwangerschaft und Geburt sowie Leistungen für mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen,
  - Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen wie Schuldenübernahme zur Sicherung der Unterkunft und evtl. weitere Leistungen als Darlehen
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

|       |
|-------|
| Datum |
|-------|

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

|       |
|-------|
| Datum |
|-------|

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



## Hinweise zum Antrag auf Leistungen der Sozialhilfe nach dem 3. (Hilfe zum Lebensunterhalt) und 4. Kapitel (Grundsicherung) Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII)

### Allgemeines:

Die Leistungen der Sozialhilfe werden nach den Regelungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) gewährt.

**Leistungsberechtigt wegen Alters** sind Personen, die die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII erfüllt haben (ab Vollendung des 65. Lebensjahres) – s. im Gesetz vorhandene Tabelle.

**Leistungsberechtigt wegen einer dauerhaften, vollen Erwerbsminderung** kann sein, wer das 18. Lebensjahr vollendet, aber noch nicht das 65. Lebensjahr sowie die vom Geburtsjahrgang abhängigen zusätzlichen Lebensmonate vollendet hat. Zudem muss es sich um eine dauerhafte, volle Erwerbsminderung – unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage – handeln und es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

Die Feststellung, ob diese Voraussetzung vorliegt, trifft der zuständige Rentenversicherungsträger in einem Gutachten.

Leistungsberechtigt kann aber auch sein, wer:

- im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) beschäftigt ist oder
- das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) durchläuft oder
- eine betriebliche Ausbildung absolviert, für die ein Budget für Ausbildung (§ 61a SGB IX) gezahlt wird oder
- ein Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) bezieht oder
- eine Tagesförderstätte oder eine Maßnahme der Teilhabe am arbeitsweltlichen Kontext (TaK) besucht.

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

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

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

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

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

### Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen (§ 41a SGB XII). Das heißt Grundsicherungsleistungen können bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt längstens für vier Wochen geleistet werden. Für Zeiten über diese vier Wochen hinaus, entfällt der Anspruch auf Grundsicherungsleistung bis zur nachgewiesenen Rückkehr aus dem Ausland. Auslandsaufenthalte mit Dauer über vier Wochen hinaus sind daher rechtzeitig im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht anzuzeigen.

### Zu 1: Persönliche Verhältnisse

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

Bei mehr als zwei Personen in Ihrem Haushalt machen Sie bitte unter Punkt 2 bzw. auf einem separaten Blatt zusätzliche Angaben!

Für die Klärung der Zuständigkeitsfrage ist es wichtig, die Aufenthaltsverhältnisse vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus u. a. m.) darzulegen.

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

### Zu 3: Unterhalt

Nach § 94 Abs. 1a SGB XII bleiben Unterhaltsansprüche einer Grundsicherungsberechtigten Person gegenüber ihren Kindern und Eltern grundsätzlich unberücksichtigt, sofern deren jährliches Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV (steuerrechtliches Gesamteinkommen) jeweils unter dem Betrag von 100.000 EUR jährlich liegen. Das Einkommen mehrerer Kinder wird nicht zusammengerechnet.

Sofern Anhaltspunkte vorliegen, dass die Einkommensgrenze von **100.000 EUR** erreicht oder überschritten wird, kann verlangt werden, dass die Daten der betreffenden Personen angegeben werden.

Unterhaltsansprüche bei getrennt Lebenden oder Geschiedenen sind generell zu verfolgen.

### Zu 4.1: Kosten der Unterkunft

Zur Grundsicherung gehören auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung. Ohne Beantwortung dieser Fragen ist keine Bedarfsbemessung möglich. Wenn Sie Fragen haben zur Höhe der Angemessenheit oder eine neue Wohnung suchen, so lassen Sie sich bitte beraten. Es wird empfohlen, vor Abschluss eines neuen Mietvertrages die Zustimmung dazu einzuholen, da nur bei vorheriger Zustimmung die angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie für Wohnungsbeschaffungskosten, Mietkautionen und Umzugskosten übernommen werden können. Bei dauerhaftem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus u. a. m.) können Fragen zu Unterkunft und Heizung unbeantwortet bleiben, da hier ein örtlicher Durchschnittsbetrag angesetzt wird.

### Zu 4.5–4.6: Weitere Bedarfe, Persönliche Situation

Im Einzelfall können auch weitere Bedarfe berücksichtigt werden wie:

- Mehrbedarfe für Personen, die die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII erreicht haben oder die Altersgrenze noch nicht erreicht haben, voll erwerbsgemindert sind und einen Feststellungsbescheid mit dem Merkmal „G“ oder „aG“ haben; für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche; für Personen mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, ein ernährungsbedingter Mehrbedarf, wenn der Ernährungsbedarf aus medizinischen Gründen von allgemeinen Ernährungsempfehlungen abweicht und die Aufwendungen für die Ernährung deshalb unausweichlich und in mehr als geringem Umfang oberhalb eines durchschnittlichen Bedarfs für Ernährung liegen (4.5). Auch als Mehrbedarfe anzuerkennen sind Aufwendungen von Schülern zur Anschaffung oder Ausleihe von Schulbüchern oder gleichstehenden Arbeitsheften, soweit diese aufgrund der jeweiligen schulrechtlichen Bestimmungen oder schulischen Vorgaben entstehen.
- Angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (4.6). Sofern keine gesetzliche, freiwillig gesetzliche, private oder ausländische Versicherung besteht, kann der Sozialhilfeträger die Kosten für Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung übernehmen (§ 264 SGB V). Hierzu ist eine Klärung mit dem jeweiligen Träger der Sozialhilfe erforderlich. Im Regelfall erfolgt eine Aufnahme bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund von weiteren Angaben zur persönlichen Situation (11) kann durch eine Beratung auch geklärt werden, ob weitere Bedarfe bestehen, die zu berücksichtigen sind.

### Zu 5: Einkommen

Grundsicherungsleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens. Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert.

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

**Nicht** zum anzurechnenden Einkommen gehört z. B. das Arbeitsförderungsgeld in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

## **Zu 6: Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge**

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

### **Übergangsregelung zum Freibetrag bei Grundrentenzeiten und vergleichbaren Zeiten**

Nach § 143 SGB XII hat der Träger für die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ohne Berücksichtigung eines eventuellen Freibetrages nach § 82a SGB XII zu entscheiden, so lange ihm nicht durch eine Mitteilung des Rentenversicherungsträgers oder berufsständischer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen nachgewiesen ist, dass die Voraussetzungen für die Einräumung des Freibetrages vorliegen.

## **Zu 7: Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen**

Zum Vermögen gehört das gesamte verwertbare Vermögen. Bitte geben Sie hier auch an, wenn Sie noch Ansprüche gegen Dritte haben, z. B. Erbansprüche, Rückforderungen aus Verträgen oder Schenkungen o. ä.).

Folgendes Vermögen muss **nicht** verwertet werden:

- Vermögen, das aus öffentlichen Mitteln zum Aufbau oder zur Sicherung einer Lebensgrundlage oder zur Gründung eines Hausstandes gewährt wird,
- Kapital einschließlich seiner Erträge, das der zusätzlichen Altersvorsorge im Sinne des § 10a oder des Abschnitts XI des Einkommensteuergesetzes dient und dessen Ansammlung staatlich gefördert wurde,

- sonstiges Vermögen, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines Hausgrundstücks bestimmt ist, soweit dieses Wohnzwecken behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen dient oder dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde,
- angemessener Hausrat; dabei sind die bisherigen Lebensverhältnisse der nachfragenden Person zu berücksichtigen,
- Gegenstände, die zur Aufnahme oder Fortsetzung der Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind,
- Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für die nachfragende Person oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde,
- Gegenstände, die zur Befriedigung geistiger, besonders wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen und deren Besitz nicht Luxus ist,
- ein angemessenes selbstgenutztes Hausgrundstück. Die Angemessenheit bestimmt sich nach der Zahl der Bewohner, dem Wohnbedarf (z. B. behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen), der Grundstücksgröße, der Hausgröße, dem Zuschnitt und der Ausstattung des Wohngebäudes sowie dem Wert des Grundstücks einschließlich des Wohngebäudes,
- kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte; dabei ist eine besondere Notlage der nachfragenden Person zu berücksichtigen (grundsätzlich: Alleinstehende 5.000 EUR, Ehegatte/Ehegattin/ Lebenspartner/in bzw. Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft zuzüglich 5.000 EUR, für jede andere überwiegend unterhaltene Person zuzüglich 500 EUR).

## **Zu 8: Vermögensübertragungen**

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewertung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.

## **WICHTIGE HINWEISE UND INFORMATIONEN ZU IHREN PFLICHTEN, WENN SIE LEISTUNGEN NACH DEM 3. ODER 4. KAPITEL SGB XII ANSPRUCH NEHMEN.**

### **Antragstellung**

Personen, die befristet erwerbsgemindert oder die die Regelaltersgrenze erreicht haben oder Personen, die dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren gewöhnlichem Aufenthalt im Inland haben und ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen beschaffen können, können einen Antrag auf Leistungen nach dem 3. bzw. 4. Kapitel SGB XII stellen.

### **Mitwirkungs- und Mitteilungspflicht**

Um Ihren Leistungsanspruch prüfen und feststellen zu können kann auf Ihre Mitwirkung nicht verzichtet werden. Sie müssen alle Tatsachen angeben, die für die Leistung bedeutsam sind und im Antragsbogen abgefragt werden .

Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, **unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen mitzuteilen**, die sich später zu den von Ihnen gemachten Angaben ergeben. Nur so können Leistungen in korrekter Höhe gezahlt oder Überzahlungen vermieden werden. Dies gilt auch, wenn Änderungen eintreten, die sich rückwirkend auf die Leistung auswirken können, z.B. die rückwirkende Bewilligung einer Rente.

### **Sie müssen insbesondere sofort mitteilen, wenn**

- sich Ihr **Einkommen ändert** (z.B. die Rente, das Einkommen in der Werkstatt für behinderte Menschen, Erwerbseinkommen, Kindergeld oder Unterhaltszahlungen). Dies gilt auch für das Einkommen Ihres Ehegatten oder Lebenspartners
- Sie weitere Sozialleistungen erhalten, z.B. Leistungen der Pflegekasse (Pflegegeld)
- sich ihr **Vermögen ändert und dabei die Vermögensfreigrenze übersteigt** (z.B. Lotteriegewinn, Erbschaft, Schenkung, Auszahlung Lebensversicherung u.ä.)
- sich die Kosten der Unterkunft ändern (Grundmiete, Heizkosten, Nebenkosten)
- sich Ihre Anschrift ändert
- Sie beabsichtigen eine neue Wohnung anzumieten. **Das Sozialamt ist vor Abschluss eines neuen Mietvertrages zu informieren**, damit dem Umzug zugestimmt werden kann. Anderenfalls kann die Übernahme der Unterkunftskosten abgelehnt werden.
- Sie in einer stationären Einrichtung aufgenommen werden (z.B. Krankenhaus, Altenheim)  
- Bitte beachten Sie, dass bei Krankenhausaufenthalt sowie Kurzzeitpflege der Regelsatz herabgesetzt wird.
- sich die Anzahl der Personen im Haushalt ändert, z.B. durch Wegzug eines Kindes oder Tod des Lebenspartners
- sich ihr Familienstand ändert, z.B. durch Tod des Ehegatten, Heirat oder Scheidung
- sich der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung ändert
- Sie sich (auch vorübergehend) nicht mehr in Bottrop aufhalten
- Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen erhalten. Daher sind geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr nach Deutschland ist konkret nachzuweisen, z.B. durch Vorlage von Reisedokumenten, Fahrplänen, Tankbelegen o.ä. Ohne derartige Nachweise können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

Bitte teilen Sie **alle Änderungen umgehend mit** und achten Sie auf die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Die Beachtung dieser Mitwirkungspflichten liegt besonders auch in Ihrem Interesse. Sollten Sie unvollständige bzw. falsche Angaben machen oder Änderungen nicht bzw. nicht unverzüglich mitteilen, sind zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten, ggfls. ist auch die Einleitung eines Strafverfahrens wegen Betrugs möglich. **Lesen Sie hierzu auch die entsprechenden gesetzlichen Vorschriften auf der Rückseite dieses Hinweisblattes!**

**Hiermit bestätige ich den Erhalt des Merkblatts:**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

**Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

**§ 60 Angabe von Tatsachen**

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

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

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

**§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

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

**Auszug aus dem Strafgesetzbuch – (StGB)**

**§ 263 Betrug**

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

## MERKBLATT

### Bewusster Umgang mit Energie

Den meisten Energieverbrauch im Haushalt benötigen wir fürs Heizen. Die größten Einsparpotenziale liegen also beim Heiz- und Warmwasserverbrauch.

Meist lassen sich die Heizkosten schon durch kleine Änderungen des Verbrauchsverhaltens senken. Jede Kilowattstunde, die nicht verbraucht wird, muss nicht erzeugt werden. Durch Energieeinsparungen schützen Sie aktiv die Ressourcen und das Klima. Gleichzeitig senken Sie Ihre Energiekosten deutlich. Um bei der Heizung Energie zu sparen, müssen Sie nicht frieren.

#### Allgemeine Energiespartipps – Heizen –

- Die richtige Raumtemperatur

In allen Zimmern in der Wohnung oder im Haus voll zu heizen, ist Verschwendung. Nachts und wenn Sie nicht zu Hause sind, sollten Sie die Temperatur in Ihren Wohnräumen um drei bis vier Grad Celsius senken. Mit jedem Grad weniger sparen Sie bis zu sechs Prozent Energie ein. Stellen Sie die Heizung am Abend frühzeitig niedriger.

Die Wunschtemperatur können Sie ganz leicht über das Thermostat am Heizkörper regeln. Auf diesem befindet sich eine Skala von 0 bis 5. Für eine gemütliche Zimmertemperatur von 20 °C reicht in der Regel die Stufe 3. Zwischen den einzelnen Stufen ergeben sich jeweils rund 3 bis 4 Grad Temperaturunterschied. Es wird übrigens nicht schneller warm, wenn man das Thermostat direkt voll aufdreht.

Je nach Raum sind unterschiedliche Raumtemperaturen optimal. Die folgenden Angaben dienen als Richtwerte:

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| - Wohnzimmer 20 - 22 °C | - Flur / Diele 15 °C      |
| - Kinderzimmer 20 °C    | - Schlafzimmer 15 - 18 °C |
| - Küche 16 - 18 °C      | - Badezimmer 23 °C        |

- Heizkörper entlüften

Werden Ihre Heizkörper ungleichmäßig warm oder treten Luftgeräusche (Gluckern) auf? Dann befindet sich Luft in den Heizkörpern, und das Heizwasser kann nicht gleichmäßig zirkulieren. Dies erhöht den Energieaufwand. Schnelle Abhilfe bietet hier die Entlüftung, die Sie selbst vornehmen können. Hierfür öffnen Sie das Entlüftungsventil mit einem speziellen Schlüssel und lassen so lange Luft entweichen, bis etwas Wasser austritt. Sollten hierbei Probleme oder Fragen auftreten kontaktieren Sie Ihren Vermieter.

- Heizung nicht verdecken

Verbergen Sie die Heizkörper nicht hinter Gardinen oder zu dicht gestellten Möbeln. Gegenstände vor dem Heizkörper verhindern eine gute Wärmeabgabe. Nur wenn die Wärme sich ungehindert im Raum ausbreiten kann, heizen Sie effizient.

- Stoß- statt Kipplüften

Lüften Sie während der Heizperiode mehrmals täglich (3x bis 4x) für mehrere Minuten kräftig durch. Besonders effektiv ist das Querlüften indem Sie die Fenster dafür ganz öffnen. Dabei sollten Sie die Heizkörper abdrehen. Dauerhaft gekippte Fenster führen lediglich zu einem Auskühlen der Innenwände und begünstigen somit eine Schimmelpilzbildung und der Energieverbrauch steigt.

- Rollläden runter  
Wer bereits am frühen Abend Rollläden, Vorhänge oder Jalousien schließt, hält die Heizenergie in der Wohnung/ im Haus.
- Warmwasser  
Duschen statt Baden. Reduzieren Sie die Duschzeit. Beim Zähneputzen und Händewaschen unterbrechen Sie am besten die Wasserzufuhr.

### **Allgemeine Energiespartipps – Haushaltsstrom–**

- Licht ausschalten  
Schalten Sie das Licht nur dort ein, wo es gerade benötigt wird.
- LED statt Glühbirnen  
Lampen mit LED haben einen geringen Energieverbrauch und eine längere Lebensdauer im Gegensatz zu herkömmlichen Leuchtmitteln.
- Stand-by-Modus vermeiden  
Geräte wie z.B. der Fernseher verbrauchen im Stand-by-Modus wertvolle Energie, obwohl sie nicht eingeschaltet sind. Trennen Sie nicht genutzte Geräte deshalb vollständig vom Netz. Mit einer abschaltbaren Steckerleiste geht das ganz einfach.

Falls Sie Fragen zu Ihrem Verbrauch haben oder Sie weitere Tipps zum Sparen benötigen suchen Sie das Gespräch mit Ihrem Energieversorger oder mit der Verbraucherzentrale NRW e.V. Bottrop.

Verbraucherzentrale NRW e.V.  
Beratungsstelle Bottrop  
Horster Str. 6, 46236 Bottrop

Telefonnummer: 02041 / 56 71 60 1

Die Heizkosten werden, soweit sie angemessen sind vom Sozialamt übernommen (gem. § 35 SGB XII). Sofern bei Ihrer Jahresrechnung festgestellt wird, dass Ihr Heizkostenverbrauch sich nicht im angemessenen Rahmen bewegt, werden Sie zunächst darauf aufmerksam gemacht. Sollte sich bei der nächsten Jahresabrechnung der Heizkostenverbrauch weiterhin nicht im angemessenen Rahmen bewegen, so werden nur noch die angemessenen Heizkosten übernommen. Der Differenzbetrag ist dann von Ihnen selbst zu zahlen.

Bitte beachten Sie:

Die Kosten für den Haushaltstrom werden nicht vom Sozialamt übernommen und sind aus dem Regelsatz zu zahlen.

**Hiermit bestätige ich den Erhalt des Merkblatts:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Stadt Bottrop - Der Oberbürgermeister -

Ernst-Wilczok-Platz 1, 46236 Bottrop / Telefon: (02041) 70-30 / Fax (02041) 70-3280

E-Mail: [stadtverwaltung@bottrop.de](mailto:stadtverwaltung@bottrop.de) / Internet: [www.bottrop.de](http://www.bottrop.de)

**Information**  
nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)  
bei Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person

|   |  |
|---|--|
| Verantwortliche/r                                 | Fachbereich: Sozialamt (50)<br>Herr Borowiak, Amtsleiter<br>Tel. (02041) 70 - 3659<br>E-Mail: <a href="mailto:Amt50@bottrop.de">Amt50@bottrop.de</a>   |
| Vertreter/in                                      | Fachbereich: Sozialamt (50)<br>N.N.<br>Tel. (02041) 70 – 3659<br>E-Mail: <a href="mailto:Amt50@bottrop.de">Amt50@bottrop.de</a>  |
| Datenschutzbeauftragter                           | E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@bottrop.de">datenschutz@bottrop.de</a>   |
| Zweck/e der Datenverarbeitung                     | Gewährung von Sozialleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des Sozialgesetzbuches XII   |
| Wesentliche Rechtsgrundlage/n                     | Sozialgesetzbuch XII   |
| Empfänger und Kategorien von Empfängern der Daten | Die Sozialdaten werden an die gem. § 69 Sozialgesetzbuch X für die Erfüllung sozialer Aufgaben zuständigen Stellen übermittelt   |
| Dauer der Speicherung und Aufbewahrungsfristen    | 5 Jahre nach Ablauf der Leistungsberechtigung werden die Daten gelöscht.   |
| Rechte der betroffenen Person                     | <p>Sie haben folgende Rechte, wenn die gesetzlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht auf Auskunft über die verarbeiteten personenbezogenen Daten</li> <li>• Recht auf Akteneinsicht nach den verfahrensrechtlichen Bestimmungen</li> <li>• Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten</li> <li>• Recht auf Löschung oder Einschränkung der Datenverarbeitung</li> <li>• Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung wegen besonderer Umstände</li> <li>• Recht auf Beschwerde an die Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen</li> </ul> |
| Zuständige Aufsichtsbehörde                       | Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit<br>Nordrhein-Westfalen<br>Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf<br>Telefon (0211) 38424-0 / Fax (0211) 38424-10<br>E-Mail <a href="mailto:poststelle@ldi.nrw.de">poststelle@ldi.nrw.de</a> / Internet <a href="http://www.ldi.nrw.de">www.ldi.nrw.de</a>   |

Hiermit bestätige ich den Erhalt des Merkblatts:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift



# B e s c h e i n i g u n g

Mietangebot  Mietbescheinigung  Mietänderung ab dem \_\_\_\_\_

## Vermieter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## Mieter:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

zzt. wohnhaft: \_\_\_\_\_

**Bei Mietangebot: die o.g. Person/en beabsichtigt/en folgende Wohnung anzumieten:**

Anschrift / Etage: \_\_\_\_\_

Mietbeginn zum: \_\_\_\_\_

Anzahl aller Personen im Haushalt: \_\_\_\_\_ Person/en

## I. Angaben zur Art des Nutzungsverhältnisses

Hiermit wird bestätigt, dass oben genannte Person die bezeichnete Wohnung als

Hauptmieter  Untermieter  Wohnberechtigter / sonstiger Nutzungsberechtigter bewohnt

Mietbeginn: \_\_\_\_\_ befristeter Mietvertrag:  ja bis zum \_\_\_\_\_  nein

Grund der Befristung: \_\_\_\_\_

Ein Teil der Wohnung  wird /  ist:

- untervermietet o.a. andere Weise jemanden z. Gebrauch überlassen  ja  nein

- gewerblich genutzt  ja  nein

Wenn ja, wie viel m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Das Gebäude / die Wohnung wurde errichtet (erstmalig bezugsfertig - Baujahr): \_\_\_\_\_

## II. Angaben zur Ausstattung der Wohnung

Die Wohnung verfügt über folgende Ausstattungsmerkmale:

- Wohnraum ist abgeschlossen  barrierefreie oder seniorengerechte Wohnung  
 isolierverglaste Fenster  Aufzug im Hause  
 Balkon oder Terrasse  Kabelfernsehen  
 Bad mit  Wanne  Dusche  Vollmöblierung  Teilmöblierung (Auflistung beilegen)

Die Wohnung wird / wurde renoviert übergeben (Übergabeprotokoll beilegen):  ja  nein

Bodenbelag ist vorhanden:  ja  nein

Wenn ja, in welchem Raum ist welcher Bodenbelag (z.B. Fliesen / Laminat etc.) vorhanden  
(mit Angabe der Raumgröße):

Küche: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Kinderzimmer: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Wohnzimmer: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Badezimmer: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Schlafzimmer: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Arbeitszimmer: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

sonstige Räume: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

## Art der Heizungsanlage

- Zentralheizung  
 Einzelöfen  
 Etagenheizung  
 sonstige: \_\_\_\_\_

## Energieart

- Erdgas  
 Strom (z.B. Nachtspeicher)  
 Heizöl  
 Fernwärme  
 sonstige: \_\_\_\_\_

## Warmwasseraufbereitung

- über die Zentralheizung  
 dezentral (z.B. Durchlauferhitzer)  
 auf andere Art und Weise: \_\_\_\_\_

### III. Angaben zur Wohnung und Kosten

Wohnfläche der Wohnung: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>      Wohnfläche des gesamten Gebäudes: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>  
Anzahl der Räume: \_\_\_\_\_  
letzte Modernisierung: \_\_\_\_\_ Art der Modernisierung: \_\_\_\_\_

#### Die Mietkosten teilen sich wie folgt auf: (die Aufschlüsselung ist zwingend erforderlich)

|  |              |           |
|--|--------------|-----------|
| Die Grundmiete beträgt mtl.:<br>(Kaltmiete <u>ohne</u> Betriebs- und Heizkosten) | ab dem _____ | _____ EUR |
| Betriebskosten betragen:   | ab dem _____ | _____ EUR |
| Heizkosten betragen:   | ab dem _____ | _____ EUR |
| Stellplatz / Garage:   | ab dem _____ | _____ EUR |
| Betreuungspauschale:   |              | _____ EUR |
| Gesamtmiete beträgt monatlich:   |              | _____ EUR |

Die Heizkosten sind zu überweisen an:  den Vermieter  einen Drittanbieter (z.B. ELE)

Es handelt sich um einen Staffelmietvertrag (Nachweis mit einreichen)  ja  nein

Die Heiz- und Betriebskosten werden als Pauschalen gezahlt (ohne Jahresverbrauchsabrechnung)

Die Heiz- und Betriebskostenvorauszahlungen werden jährlich abgerechnet

Neben der Grundmiete ist ein Zuschlag zu zahlen i.H. \_\_\_\_\_ EUR aufgrund von

gewerblicher Nutzung  Vollmöblierung  Teilmöblierung  Untervermietung  kein Zuschlag

sonstige \_\_\_\_\_

### IV. Angaben bei beabsichtigtem Abschluss eines Mietvertrages

Bei Abschluss eines Mietvertrages wird eine Kautions in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR fällig

Die Kautions:

ist direkt auf das Konto des Vermieters zu überweisen

der Erwerb von Genossenschaftsanteilen im Wert von \_\_\_\_\_ EUR ist notwendig  
und an die Genossenschaft zu überweisen

Für Zahlungen an den/die Vermieter/in bitte Bankverbindung angeben:

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

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

BIC \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

### V. Datenschutzerklärung des Vermieters

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir mit dem Ausfüllen dieser Bescheinigung bekanntgegebenen Daten vom Sozialamt der Stadt Bottrop verarbeitet und für die weitere Nutzung, z.B. die Direktüberweisung der Miete und/oder einer anfallenden Mietkaution gespeichert werden dürfen. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Speicherdauer Ihrer Daten beträgt 10 Jahre im Rahmen der gesetzlichen Fristen nach Art. 14 DSGVO i.V.m. § 67 SGB II. Die detaillierten Informationen zur Datenerhebung nach Art. 13 u. 14 DSGVO können Sie beim Sozialamt der Stadt Bottrop einsehen bzw. anfordern.

Ich widerspreche der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten aus dieser Bescheinigung.  
**Damit entfällt auch die Möglichkeit der Direktüberweisung.**

Vorstehende Angaben entsprechen den Tatsachen. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben eine Strafverfolgung gemäß § 263 StGB nach sich ziehen. Der Vermieter ist nach § 21 Abs. 3 SGB X zur Auskunft verpflichtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermieters / ggf. Stempel

**Zur Vorlage bei der Krankenkasse**

|                      |                      |                   |                                    |
|----------------------|----------------------|-------------------|------------------------------------|
| <u>Name, Vorname</u> | <u>Geburtsdatum:</u> | <u>Anschrift:</u> | <u>Krankenversicherungsnummer:</u> |
|                      |                      |                   |                                    |

- Ich habe bis zum \_\_\_\_\_ (Datum) Leistungen nach dem SGB II (JobCenter) erhalten
- Ich war bis zum \_\_\_\_\_ (Datum) in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt
- bin bis zum \_\_\_\_\_ einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen
- \_\_\_\_\_

und war somit gesetzlich krankenversichert. Aufgrund des o.g. Beendigungsgrund bin ich nicht mehr krankenversichert.

- bin zurzeit nicht krankenversichert. Keiner der o.g. Gründe trifft zu.

Ab dem \_\_\_\_\_  
(Datum)

- erhalte ich Grundsicherungsleistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII  
(siehe Bewilligungsbescheid / Bescheinigung)
- habe ich Grundsicherungsleistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII beantragt  
(Bewilligungsbescheid wird nachgereicht)

**Ich beantrage daher die:**

- freiwillige Krankenversicherung  
Die Beiträge werden für die Dauer des Leistungsbezuges durch das Sozialamt übernommen und an die Krankenkasse überwiesen, soweit hierzu der Auszahlungsbetrag der mir zustehenden Hilfe ausreicht.

- Weiterversicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung

Eine Durchschrift des Beitragsbescheides bitte übersenden an das:

Sozialamt Bottrop  
SG Grundsicherung  
Berliner Platz 7  
46236 Bottrop

- Weiterversicherung in einer gesetzlichen Pflichtversicherung:
  - weil ich eine gesetzliche Rente beziehe und somit über die KVdR versichert bin
  - weil ich in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig bin / eintreten werde
  - sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

- Aufnahme in die Familienversicherung, weil folgende Person gesetzlich krankenversichert ist:

Name: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt Bottrop Auskunft über meinen Versicherungsstatus bzw. die Beitragshöhe bekommt. Ich bitte um Zusendung einer aktuellen Mitgliedsbescheinigung an das Sozialamt Bottrop. Bitte teilen Sie dem Sozialamt Bottrop auch die Krankenversicherungsart mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Durchschrift für das Sozialamt Bottrop**

|                      |                      |                   |                                    |
|----------------------|----------------------|-------------------|------------------------------------|
| <u>Name, Vorname</u> | <u>Geburtsdatum:</u> | <u>Anschrift:</u> | <u>Krankenversicherungsnummer:</u> |
|                      |                      |                   |                                    |

- Ich habe bis zum \_\_\_\_\_ (Datum) Leistungen nach dem SGB II (JobCenter) erhalten
- Ich war bis zum \_\_\_\_\_ (Datum) in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt
- bin bis zum \_\_\_\_\_ einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen
- \_\_\_\_\_

und war somit gesetzlich krankenversichert. Aufgrund des o.g. Beendigungsgrund bin ich nicht mehr krankenversichert.

- bin zurzeit nicht krankenversichert. Keiner der o.g. Gründe trifft zu.

Ab dem \_\_\_\_\_  
(Datum)

- erhalte ich Grundsicherungsleistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII  
(siehe Bewilligungsbescheid / Bescheinigung)
- habe ich Grundsicherungsleistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII beantragt  
(Bewilligungsbescheid wird nachgereicht)

**Ich beantrage daher die:**

- freiwillige Krankenversicherung  
Die Beiträge werden für die Dauer des Leistungsbezuges durch das Sozialamt übernommen und an die Krankenkasse überwiesen, soweit hierzu der Auszahlungsbetrag der mir zustehenden Hilfe ausreicht.

- Weiterversicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung

Eine Durchschrift des Beitragsbescheides bitte übersenden an das:

Sozialamt Bottrop  
SG Grundsicherung  
Berliner Platz 7  
46236 Bottrop

- Weiterversicherung in einer gesetzlichen Pflichtversicherung:
  - weil ich eine gesetzliche Rente beziehe und somit über die KVdR versichert bin
  - weil ich in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig bin / eintreten werde
  - sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

- Aufnahme in die Familienversicherung, weil folgende Person gesetzlich krankenversichert ist:

Name: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt Bottrop Auskunft über meinen Versicherungsstatus bzw. die Beitragshöhe bekommt. Ich bitte um Zusendung einer aktuellen Mitgliedsbescheinigung an das Sozialamt Bottrop. Bitte teilen Sie dem Sozialamt Bottrop auch die Krankenversicherungsart mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Eingangsbestätigung der Krankenkasse

## Information zur Krankenversicherung

Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung werden insbesondere folgende Personengruppen erfasst:

- Aufnahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses, deren Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mehr als 538,00 Euro monatlich beträgt, aber die allgemeine Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt,
- Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II,
- Rentnerinnen und Rentner, sofern bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind (in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) versichert)
- Bezieherinnen und Bezieher einer Waisenrente oder einer entsprechenden Hinterbliebenenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung,
- Menschen mit Behinderungen (in Werkstätten oder Heimen)

Fällt der Versicherungsschutz weg, weil z.B. die Leistungen beim JobCenter eingestellt worden sind oder die versicherungspflichtige Beschäftigung beendet wird, so ist umgehend und noch vor der Antragsaufnahme der Grundsicherungsleistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII Ihr Krankenversicherungsschutz zu klären.

Anders als zum Beispiel beim Jobcenter, kann Sie das Sozialamt Bottrop nicht bei einer Krankenversicherung anmelden.

Bei Fragen über Ihren Krankenversicherungsschutz, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Krankenversicherung.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es drei Möglichkeiten der Versicherung:

- Pflichtversicherung
- freiwillige Krankenversicherung
- Familienversicherung

Eine Familienversicherung ist zum Beispiel möglich, wenn ein Elternteil, der Ehepartner oder der eingetragene Lebenspartner Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Bei einer freiwilligen Krankenversicherung werden die Beitragszahlungen durch das Sozialamt übernommen und direkt an die Krankenkasse überwiesen. Hierfür bitten wir Sie den Beitragsbescheid vorzulegen.

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es noch die private Krankenversicherung. Personen die privat krankenversichert sind, bleiben meist auch privat versichert. Vom Sozialamt wird in der Regel nur die Hälfte des Basistarifes übernommen.

Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, teilen Sie dies bitte dem Sozialamt Bottrop mit.