

**Antrag auf Gewährung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung für die Zeit ab dem**

**Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) Kapitel 4**

Eingangsvermerk des Amtes für Soziales und Gesundheit	Aktenzeichen
---	--------------

**1. Häusliche Verhältnisse**

	Antragsteller	Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner
Familienname		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vornamen		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Anschrift (PLZ, Ort)		
Straße, Hausnummer		
Telefon (freiwillige Angabe)		
Familienstand		
Stellung im Haushalt		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Aufenthaltsstatus (Ausländer)		
Ausweisdokument		
Nummer des Ausweisdokuments		
Leben Sie seit Ihrer Geburt in Deutschland?	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein, seit	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein, seit
Sind Sie Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1 bis 3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)?	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.
Rentenversicherungsnummer		
Haben Sie einen Vormund bzw. Betreuer?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. (Bitte Bestellungsurkunde beifügen.)	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. (Bitte Bestellungsurkunde beifügen.)
Name des Vormundes bzw. Betreuer		
PLZ, Ort des Vormundes bzw. Betreuers		
Straße, Haus-Nr. des Vormundes bzw. Betreuers		

## Folgende Personen leben mit mir/uns in der Haushaltsgemeinschaft

(z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte usw. - falls Platz nicht ausreicht, bitte ein Extrablatt verwenden)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Familienname				
Geburtsname und früher geführte Namen				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Staatsangehörigkeit				
Aufenthaltsstatus (Ausländer)				
Lebt die Person seit der Geburt in Deutschland?	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein, seit	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein, seit	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein, seit	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein, seit
Sind Sie Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1 bis 3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)?	<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.

## Angaben für die Statistik nach 15. Kapitel SGB XII

	Antragsteller	Partner	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Geschlecht						
Art der Beschäftigung						
Einschränkung der Leistung						

## 2. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

2.1 Wurde bei einer der unter 1. eingetragenen Personen eine Schwerbehinderung festgestellt und das Merkzeichen "G" oder "aG" erteilt? Wenn ja, bitte den Bescheid der nach § 69 Abs. 4 SGB IX zuständigen Behörde oder den Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX beifügen!

Nein.  Ja, und zwar

Name der betroffenen Personen

2.2 Ist eine dieser Personen vollerbwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen!

Nein.       Ja, und zwar

Name der betroffenen Personen

---

2.3 Ist eine der unter 1. eingetragenen Personen schwanger? Wenn ja, bitte eine Kopie des Mutterschaftspasses oder ein ärztliches Attest beifügen!

Nein.       Ja, und zwar

Name der betroffenen Personen

---

2.4 Benötigt eine der unter 1. eingetragenen Personen eine kostenaufwändige Ernährung? Wenn ja, bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen!

Nein.       Ja, und zwar

Name der betroffenen Personen

### 3. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

	Antragsteller	Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse (PLZ, Ort)		
Straße, Haus-Nr.		
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversichert beim Pflichtversicherten	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversichert beim Pflichtversicherten
Name, Vorname des Pflichtversicherten		
Geburtsdatum des Pflichtversicherten		
Versicherungsnr. des Pflichtversicherten		

### Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

(Bitte gleiche Reihenfolge wie bei 1. verwenden!)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Antragsteller
<input type="checkbox"/> folgende Person:	<input type="checkbox"/> folgende Person:	<input type="checkbox"/> folgende Person:	<input type="checkbox"/> folgende Person:
<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung
ergänzende Angaben:	ergänzende Angaben:	ergänzende Angaben:	ergänzende Angaben:

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner/unserer Krankenkasse:

Name der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse

#### 4. Kosten der Unterkunft § 35 SGB XII

Ich bin/Wir sind

Mieter/mieterähnliche Nutzungsberechtigte von Wohnraum. (Bitte Mietbescheinigung/Mietvertrag beifügen!)

Die Miete (Kaltmiete + Betriebskostenvorauszahlung) beträgt \_\_\_\_\_ EUR.

Bewohner von Haus-/Wohneigentum. (Bitte Ertragsberechnung mit Nachweisen beifügen!)

Haben Sie einen Antrag auf Wohngeld gestellt?  Nein.  Ja.

Wenn ja, wurde dieser bewilligt?  Nein.  Ja, und zwar

Bewilligung ab	Bewilligung bis	Höhe des monatlichen Wohngeldes	Bitte Bescheid beifügen!
		EUR	

#### Kosten der Heizung § 35 SGB XII

<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> jährlich	Höhe der Heizkosten
		EUR

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Einzelofenheizung (Energieträger werden selbst beschafft.)

Die Beheizung der Wohnung erfolgt mit  Heizöl

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Sammelheizung (Energieträger werden geliefert.)

Heizung erfolgt mit  Heizöl  Erdgas  Strom  Fernwärme  Nachtspeicherheizung

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer

zentralen Warmwasserversorgung.  dezentralen Warmwasserversorgung (z. B. Boiler)

Sind die Kosten für die Warmwasserversorgung in den Heizkosten enthalten?  Nein.  Ja.

#### 5. Einkommen (§§ 82 ff SGB XII)

Es sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis der regelmäßigen Einnahmen dienen Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge usw. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben!

Höhe der Einkommen in EUR						
Einkommen	Antragsteller	Partner	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Arbeitseinkommen <sup>1)</sup>						
Unterhalt nach BGB						
Unterhaltsvorschuss (UVG)						
BaföG-Leistungen						
Arbeitslosengeld II/Sozialgeld dav. befristeter Zuschlag § 24 SGB II						

1) Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere die Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit, aus selbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.

Unterhaltsgeld						
Insolvenzgeld						
Berufsausbildungsbeihilfe						
Krankengeld						
Mutterschaftsgeld						
Altersrente						
Erwerbsminderungsrente						
Witwenrente						
Waisenrente						
Betriebsrente						
Pension						
Verletztengeld						
Kindergeld						
Versorgungsleistungen (BVG)						
Leistungen nach dem LAG						
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)						
Miet- u. Pachteinnahmen						
Erziehungs- bzw. Elterngeld						

Erhält eine der zu Ihrem Haushalt gehörenden Personen Sachbezüge?  Nein.  Ja.

Wenn ja: Für wen und in welcher Form?

Für Person	Form des Sachbezuges	monatlicher Schätz-Wert
	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft/Wohnung <input type="checkbox"/> sonstiges:	EUR
	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft/Wohnung <input type="checkbox"/> sonstiges:	EUR

## 6. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§ 82 Abs. 2 SGB XII)

Höhe der abzusetzenden Beträge in EUR						
Absetzungsbetrag	Antragsteller	Partner	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Arbeitsmittel						
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte						
Fahrt zur Arbeitsstätte (PKW, ÖPNV)						
Entfernung Wohnung und Arbeitsstätte in km						
Preis für ein Fahrkarte						
Beitrag zum Berufsverband						
Hausratversicherung						
Haftpflichtversicherung						
Altersvorsorgebeitrag (§ 82 EStG)						

## 7. Vermögen (§ 90 SGB XII)

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte (z. B. Forderungen und Nutzungsrechte) mit einer gewissen Wertigkeit.

**Tragen Sie im Zweifel das vermeintliche Vermögen ein, damit die Stadt Erfurt entscheiden kann, ob es sich wirklich um Vermögen handelt!**

Höhe des Vermögens in EUR						
Vermögensart	Antragsteller	Partner	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Bargeld						
Guthaben auf dem Sparkonto						
Guthaben auf dem Girokonto						

Kontonummer Girokonto						
BLZ Girokonto						
Kreditinstitut Girokonto						
Aktien o. ä.						
Kurswert						
Nennwert						
Lebensversicherung o. ä.						
Rückkaufwert						
Kfz. Art, PKW, Moped						
Typ						
Baujahr						
Km-Stand						
Grundstück/e						
Verkehrswert						
Einheitswert						

Hat einer der unter 1. aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben? (z. B. Bargeld, Grundbesitz)

Nein.       Ja.

Wenn ja, bitte ausfüllen:

1. Name, Vorname des Gebers/Schenkers	Name, Vorname des Empfängers/Beschenkten	Zeitpunkt des Wechsels
Anlass des Wechsels	Art des Wechsel	Wert d. verschenkten Vermögens
2. Name, Vorname des Gebers/Schenkers	Name, Vorname des Empfängers/Beschenkten	Zeitpunkt des Wechsels
Anlass des Wechsels	Art des Wechsel	Wert d. verschenkten Vermögens

## 8. Angaben für Versorgungsleistungen nach dem BVG oder entsprechend anwendbarer Gesetze

Folgende Angehörige des Antragstellers bzw. Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft sind durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst oder haben aufgrund der Ursache ihrer Hilfebedürftigkeit (Minderung der Erwerbsfähigkeit, Behinderung, Krankheit o. ä.) Ansprüche nach dem BVG, OEG, SVG, ZDG, IfSG/BSeuchG, HHG, StrRehaG, VwRehaG oder AntiDHG:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
ggf. Sterbeort		ggf. Sterbedatum
Versorgungsbehörde, die Leistungen nach diesen Gesetzen erbringt		Az der Versorgungsbehörde

## 9. Wiederherstellung des Nachranges der Sozialhilfe

### 9.1 Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§ 94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartnern usw.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Familienname				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				
PLZ, Ort				
Straße, Haus-Nr.				
Höhe der laufenden Unterhaltszahlungen	EUR	EUR	EUR	EUR
Aufenthaltsstatus (Ausländer)				
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht?	<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.
Wenn ja, wo? Bitte Unterhaltstitel (z. B. Urteil) beifügen!				

Verfügen Ihre beiden Elternteile **zusammen** über ein jährliches Einkommens von mindestens 100.000,00 EUR?

Nein.  Nicht bekannt.  Ja. (Mit nachfolgender Frage weiter).

Mit welcher Tätigkeit erzielt Ihre Mutter ihr Einkommen?

Mit welcher Tätigkeit erzielt Ihr Vater sein Einkommen?

Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,00 EUR?

Nein.  Nicht bekannt.  Ja. (Mit nachfolgender Frage weiter).

Name, Vorname des Kindes

Mit welcher Tätigkeit erzielt Ihr Kind sein Einkommen?

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) des Kindes

## 9.2 Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§ 93 SGB XII)

Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt?

Art der Leistung	Wurde beantragt?	Antragsdatum	Antragstellung für	Antragstellung bei	Aktenzeichen
Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.				
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.				
Rente	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.				
Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.				
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.				
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.				
Wohngeld	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.				

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

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

Nein.  Ja, und zwar

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Bei wem wurde er geltend gemacht?	Wann?

Liegt bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit und/oder eine Behinderung vor?

Nein.  Ja, und zwar

Art/Bezeichnung der Diagnose	verursacht durch (z. B. Unfall)	am/seit

## 10. Bankverbindung

Ggf. zu gewährende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber	Konto-Nr.
Kreditinstitut	Bankleitzahl

## 11. Aufenthaltsverhältnisse

Wann erfolgte der Zuzug an ihren jetzigen Aufenthaltsort?	Wo haben Sie zuvor gewohnt bzw. wo war der Ort des Grenzübertritts nach Deutschland?
---	--

Hat sich eine der unter 1. genannten Personen vor dem Eintritt der vermeintlichen Hilfebedürftigkeit in einer Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o. ä.) aufgehalten oder wurde in besonderen ambulanten Wohnmöglichkeiten betreut?

Nein.  Ja, und zwar

Name, Vorname

Kostenträger für den Aufenthalt in der Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung/ambulanten Wohnmöglichkeit

## 12. Ergänzende Angaben

Gehört eine der unter 1. genannten Personen zu einem der nachfolgend aufgeführten Personenkreise?

Nein.  Ja, und zwar

Personenkreis Leistungsberechtigter nach dem SGB II	Name, Vorname der Person	Personenkreis Kontingentflüchtling	Name, Vorname der Person
Auszubildender		Anerkannter Flüchtling (Genfer Konvention)	
Student		Asylberechtigter	
Spätaussiedler		Asylbewerber	

## 13. Antragsbegründung

Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen. Verwenden Sie ggf. ein Extrablatt.

## 14. Hinweise und Schlusserklärungen

### 14.1 Versicherung der Richtigkeit der Angaben

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

### 14.2 Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter des Amtes für Soziales und Gesundheit anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unangefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

### 14.3 Aushändigung des Merkblattes

Das Merkblatt "Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 bis 67 SGB I" habe ich erhalten.

### 14.4 Hinweise zum Datenschutz

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

### 14.5 Geltendmachung von Ansprüchen

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

### 14.6 Unterschriften

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte/  
Lebenspartner

### 14.7 Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die Änderungen/Ergänzungen, die der Mitarbeiter des Amtes für Soziales und Gesundheit vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte/  
Lebenspartner

## 15. Stellungnahme des Amtes für Soziales und Gesundheit

Vorstehende Angaben bzw. Unterlagen sind

vollständig.

nicht vollständig (Erläuterungen siehe Beiblatt).

Anzahl der beigefügten Anlagen	Infos zu den Anlagen
Bearbeitungsvermerk	Mitarbeiter des Amtes für Soziales und Gesundheit