

## Erklärung des Hilfesuchenden und dessen Ehegatten/Lebenspartners zu unterhaltspflichtigen Angehörigen

Ergänzung zum	Aktenzeichen	Sachbearbeiter
---------------	--------------	----------------

### Leistungsberechtigte Person

Name, Vorname

Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	Geburtsdatum
----------------------------------	--------------

Es sind keine unterhaltspflichtigen Angehörige vorhanden.

Es sind folgende unterhaltspflichtige Angehörige vorhanden:

### 1. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft (Eltern, Kinder, getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten, Kindeserzeuger bei unverheirateter werdender Mutter)

Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten				
--	--	--	--	--

#### Angaben der unterhaltspflichtigen Angehörigen

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
--	----------	----------	----------	----------

#### Persönliche Angaben

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Stellung zum Unterhaltsberechtigten				
Wohnanschrift bzw. letzter bekannter Aufenthaltsort				

#### Berufliche Angaben

Beruf				
Arbeitgeber				

## 2. Getrennt lebende bzw. geschiedene Ehegatten

verheiratet seit

getrennt lebend seit

geschieden seit

Wurde ein Ehevertrag geschlossen?

Nein.

Ja.

Bestehen vertragliche Unterhaltsregelungen?

Nein.

Ja.

Wird Anspruch durch Rechtsanwalt durchgesetzt?

Nein.

Ja.

Bitte Name und Anschrift des Rechtsanwaltes angeben: (Entsprechenden Schriftverkehr in Kopie beifügen)

Wurde Unterhaltsklage eingereicht?

Nein.

Ja.

Ja, das Verfahren ist abgeschlossen.

Die Unterhaltsregelung erfolgte durch:

Urteil

Vergleich

Verzicht

frei vereinbart

notariellen Vertrag

## 3. Bei Kindesunterhalt

Existiert ein Unterhaltstitel? (z. B. vom Jugendamt)

Nein.

Ja.

Erfolgte diese Unterhaltsfestsetzung aufgrund einer exakten

Überprüfung/Berechnung?  Einigung?

## 4. Sonstiges

5. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die Unterhaltsansprüche gemäß § 94 SGB XII auf den Träger der Sozialhilfe übergehen.

Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. des Betreuers

Ort, Datum

Wird vom Amt für Soziales ausgefüllt! Aktenzeichen

Fallname

ggf. berechneter Entbindungstermin

Es werden folgende Leistungen gewährt:

3. Kapitel (HLU)

4. Kapitel (Grundsicherung)

5. Kapitel (Hilfen zur Gesundheit)

7. Kapitel (stationäre Hilfe zur Pflege)

6. Kapitel (ambulante Eingliederungshilfe)

6. Kapitel (stationäre Eingliederungshilfe)

7. Kapitel (ambulante Hilfe zur Pflege)

Unterschrift des Sachbearbeiters

Datum