

**Bitte zurück an:**

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße  
Abteilung Soziales  
Arzheimer Str. 1  
76829 Landau in der Pfalz



Landkreis Südliche Weinstraße

**Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII  
in Form von**

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)  
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)  
 wegen Alters  wegen Erwerbsminderung  
 wegen Tätigkeit in einer WfbM

Aktenzeichen:
Eingangsstempel:

**Hinweis:**

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. 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. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Persönliche Verhältnisse	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 <input type="checkbox"/> Ehegatte/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)		
Geburtsdatum und -ort		
Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort		
Telefonnummer und E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:
Staatsangehörigkeit, bei Ausländer/innen aufenthaltsrechtlicher Status		
Rentenversicherungs-Nr.		
Name der/des Betreuers/in (Kopie der Bestellungsurkunde)		
Anschrift des/der Betreuer/in Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
Dauernd voll erwerbsgemindert, wegen Grund:(z. B. Unfall? Ärztefehler? Impfschaden?..)		
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:
Haben Sie bereits Sozialleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: vom wem? bis wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: vom wem? bis wann?
Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Pflegegrad?

## 2. Angehörige

a) Personen (z.B. Kinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten, sonstige Verwandte, Bekannte etc.) mit denen ich/wir in einer Haushaltsgemeinschaft lebe/leben.

Name und Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Beruf	Jährliches Einkommen		
				mind. 100.000 €	unter 100.000 €	nicht bekannt
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Sonstige unterhaltspflichtige Personen außerhalb der Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten, sonstige Verwandte, Bekannte etc.).

Name und Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Beruf	Jährliches Einkommen		
				mind. 100.000 €	unter 100.000 €	nicht bekannt
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner (innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituiert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/ geschiedenen Partners / Partnerin: <hr/>	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituiert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/ geschiedenen Partners / Partnerin: <hr/>

### 3. Fragen zur Bedarfsfeststellung

#### 3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft

Anzahl der Personen in der Wohnung:	Personen(en)	Wohnfläche:	m <sup>2</sup>	Baujahr des Hauses:
	Grundmiete:			Euro
	Betriebskosten:			Euro
	Heizkosten:			Euro

Enthalten die genannten Beträge				
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	Euro
- Kosten für Warmwasserbereitung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	Euro
- Kosten für Schönheitsreparaturen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	Euro

Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	Euro	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
---	------	--	--	-------------------------------------

#### 3.2 Heizkosten

Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Sonstige Art
--------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

#### 3.3 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen. –siehe beigefügte Anlage „Hauslastenberechnungsbogen“–

3.4 Mehrbedarf	1. Person		2. Person	
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am
	Merzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Merzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigeren Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	
Wird das Warmwasser in Ihrer Unterkunft durch eine installierte Vorrichtung erzeugt (dezentrale Warmwassererzeugung, z.B. durch elektrischen Boiler)?	<input type="checkbox"/> ja und zwar durch  <input type="checkbox"/> nein			
Wir an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung (z.B. WfbM) teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>3.5 Kranken- / Pflegeversicherung</b> (Bitte Nachweis beifügen!)		
Wo sind Sie versichert? Name der Krankenkasse:		
Bei privater Versicherung geben Sie bitte den Leistungsumfang an:		
Höhe des mtl. Betrags:	Euro	Euro

**4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!**

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigungen)

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
<b>Kein Einkommen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Einkommen</b>	<b>Mtl. Betrag</b> <small>Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen</small>	<b>Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens</b>	<b>Mtl. Betrag</b> <small>Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen</small>	<b>Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens</b>
<b>Nichtselbständige Tätigkeit</b> (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)				
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- o. Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld z. Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung o.ä.)				
Asylbewerberleistung				
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes (z. B. Unterhalts- hilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
Leistungen des Arbeitsamtes (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u.a.)				
Sozialhilfeleistungen				
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld)				
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)				
Guthaben aus Abrechnungen				
Sonstige Einkünfte				

#### 4.1 Sachbezüge

Erhält eine der zu Ihrem Haushalt gehörenden Personen Sachbezüge?

nein  ja

Wenn ja: Für wen und in welcher Form?

Für	Form des Sachbezuges	Monatlicher Schätz-Wert
	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft/Wohnung <input type="checkbox"/> Nießbrauch <input type="checkbox"/>	Euro
	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft/Wohnung <input type="checkbox"/> Nießbrauch <input type="checkbox"/>	Euro

#### 5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 4 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

	1. Person	2. Person
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Lebens-/Sterbeversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	km	km
Kosten öffentl. Verkehrsmittel		
Sonstiges		

#### 6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen

(Bitte füllen Sie hierzu die beigefügte Anlage (Anlage 2: Erklärung über die Vermögensverhältnisse) vollständig aus.)

## 7. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Name und Vorname	_____
des Kontoinhabers:	_____
BLZ:	_____ Konto-Nr.: _____
IBAN (bitte unbedingt ausfüllen):	_____
Name des Geldinstituts:	_____

## 8. Bitte die beigefügten Anlagen ausfüllen und unterschreiben.

### 9. Hinweise und Schlusserklärungen

#### 1. Erklärung der Richtigkeit der Angaben

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. 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 (§ 263 Strafgesetzbuch).

#### 2. Mitwirkungspflichten

Die Mitwirkungspflichten ergeben sich aus den §§ 60-67 Sozialgesetzbuch Teil 1. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, anzuzeigen (§ 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB I). Deshalb werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Nach § 41 a SGB XII besteht für Empfänger von Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII ein Anspruch bei Auslandsaufenthalten nur, solange der Auslandsaufenthalt der leistungsberechtigten Person nur vorübergehend ist. Vorübergehend im Sinne des Gesetzes ist ein Auslandsaufenthalt nur, soweit er den Zeitraum von ununterbrochen vier Wochen (28 Tage) nicht überschreitet. Auslandsaufenthalte, die absehbar den Zeitraum von 28 Tagen überschreiten, sind im Rahmen der Mitwirkungspflichten einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde anzuzeigen. Gleiches gilt, wenn sich ein Auslandsaufenthalt wegen nicht geplanter Umstände wider Erwarten auf mehr als 28 Tage verlängert. Bei einer Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder im Rahmen eines tagesstrukturierenden Angebots sind außerdem Abwesenheitszeiten (z. B. bei Krankheit, Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen) von 14 Tagen oder mehr sowie eine Veränderung der wöchentlichen Arbeitszeit anzuzeigen.

#### 3. Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie entsprechender Vorschriften der Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Datenstelle der Rentenversicherung als Vermittlungsstelle (§ 118 SGB XII) übermittelt.

#### 4. Geltendmachung von Ansprüchen

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

6. Unterschrift(en)

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

Datum
-------

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

Datum
-------

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

Datum
-------

Vertreterin/ Vertreter	Unterschrift
---------------------------	--------------

## Verwandtschaftsverhältnisse

Anlage 1 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

### Eltern

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Familienstand		
Beruf		

verstorben am

verstorben am

### Kinder

Haben Sie Kinder?

ja

nein

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Straße				
PLZ, Wohnort				
Familienstand				
Beruf				

### Ehegattin/Ehegatte

verheiratet

geschieden seit

verwitwet seit

ledig

	Ehegattin/Ehegatte	Geschiedene/r Ehegattin/Ehegatte	Verstorbene/r Ehegattin/Ehegatte
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Wohnort			
Beruf			

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Erklärung über die Vermögensverhältnisse gem. § 90 SGB XII

Anlage 2 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

Name des/der Hilfesuchenden:

1. \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Art des Vermögens	1. Person	2. Person
<b>Bargeld</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? _____ Euro	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? _____ Euro
<b>Girokonto</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro
<b>Sparbuch</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro
<b>Festgeldkonto</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro
<b>Guthaben auf Bausparvertrag</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe? <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> _____ Euro
<b>Wertpapiere</b> <small>(z.B. Aktien, Pfandbriefe, etc)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>
<b>Forderungen</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>
<b>Ansprüche aus Übertragsverträgen</b> <small>(z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>
<b>Kraftfahrzeuge</b> <small>(PKW, LKW, Motorrad, Boot, etc.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <u>(Bitte Kopie des Fahrzeugscheins beifügen.)</u>  Wenn ja: <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Eigentümer aktueller Kilometerstand: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <u>(Bitte Kopie des Fahrzeugscheins beifügen.)</u>  Wenn ja: <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Eigentümer aktueller Kilometerstand: _____
<b>Lebensversicherung</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>
<b>Sterbeversicherung</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>
<b>Staatlich geförderte private Altersvorsorge</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u>
<b>Grundvermögen</b> <small>(bebaut, unbebaut)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <u>(Bitte Nachweise beifügen)</u> <u>Art, Lage, Fläche, Verkehrswert:</u> _____	

<b>Sonstiges Vermögen</b> (z.B. Sachvermögen, Mietkaution, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Art und Wert? (Bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Art und Wert? (Bitte Nachweise beifügen)
<b>Wurde jemals auf die Geltendmachung einer dinglich gesicherten Forderung verzichtet (Wohnungsrecht, Nießbrauch, etc.) oder wurde Sie auf einen Dritten übertragen?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Art, Empfänger, Zeitpunkt, Umfang?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Art, Empfänger, Zeitpunkt, Umfang?
<b>Wurde in den letzten 10 Jahren Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde  falls ja: wann? in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Art und Wert?

Ich/wir versichere(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner/unserer Angaben.

Datum
-------

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

Datum
-------

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

Datum
-------

Vertreterin/ Vertreter	Unterschrift
---------------------------	--------------

**Ermächtigung und Beauftragung zur Auskunftserteilung über Vermögensverhältnisse durch  
Geldinstitute**

Anlage 3 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

*(Bitte für jedes Geldinstitut ein eigenes Formblatt verwenden)*

Name des/der Hilfesuchenden		geb. am
Anschrift		

Ich ermächtige und beauftrage hiermit das angegebene Geldinstitut, unter Befreiung von der Verpflichtung zur Wahrung des Bankgeheimnisses, dem unten aufgeführten Sozialhilfeträger Auskünfte über alle bestehenden sowie von kurzem aufgelösten Konten (z.B. **Giro-/Privatkonten, Sparkonten, Ratensparverträge, Sparbriefe, Wertpapiere, Depotführung, Schließfächer, o.ä.**), anhand von Kontobewegungen und Kontoständen sowie sonstiger für die Bearbeitung notwendiger Auskünfte zu erteilen.

Geldinstitut	
--------------	--

**Konten des/der Hilfe suchenden**

_____	_____	_____
Giro-/Privatkontonummer	Giro-/Privatkontonummer	Sparkonto-/Sparbuchnummer
_____	_____	_____
Sparkonto-/Sparbuchnummer	Bausparvertragsnummer	Ratensparvertrag
_____	_____	_____
Depotnummer	Schließfach	

Es wird versichert, dass

- die zuvor gemachten Angaben voll der Wahrheit entsprechen
- keine weiteren Konten bei diesem oder einem anderen Geldinstitut geführt werden. (Gilt nur, sofern keine Ermächtigung für weitere Geldinstitute ausgefüllt wurden)

**Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben Maßnahmen der Strafverfolgung nach sich ziehen sowie zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzuzahlen sind (§ 263 Strafgesetzbuch).**

Datum
-------

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

Datum
-------

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

Datum
-------

Vertreterin/ Vertreter	Unterschrift
---------------------------	--------------

## **Belehrung über die Übernahme der notwendigen (angemessenen) Unterkunftskosten**

Anlage 4 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

Leistungen für die Kosten der Unterkunft werden gemäß § 35 Absatz 1 SGB XII in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, soweit diese angemessen sind.

Soweit die Aufwendungen für die Unterkunft den der Besonderheit des Einzelfalles angemessenen Umfang übersteigen, werden diese als Bedarf solange anerkannt (längstens jedoch 6 Monate), als den Personen nicht möglich oder nicht zuzumuten ist, durch einen Wohnungswechsel, durch Vermieten oder auf andere Weise die unangemessenen Aufwendungen zu senken.

Die Angemessenheit einer Unterkunft orientiert sich dabei hinsichtlich der angemessenen Wohnungsgröße an den Kriterien des sozialen Wohnungsbaus sowie hinsichtlich des angemessenen Quadratmeterpreises nach dem maßgebenden für den Landkreis erstellen schlüssigen Konzepts vom Dezember 2020.

Die sozialhilferechtlich angemessene Wohnfläche richtet sich dabei nach § 5 Abs. 2 des Wohnungsbildungsgesetzes. Grundlage ist die Mietbescheinigung, welche vom Vermieter auszufüllen ist.

Die angemessenen Bruttokaltmieten für den Landkreis Südliche Weinstraße betragen z. Zt. im Regelfall:

Zahl der Haushaltsmitglieder	Angemessene Größe der Wohnung	Angemessene Bruttokaltmiete in der Verbandsgemeinde Bad Bergzabern	Angemessene Bruttokaltmiete in den anderen sechs Verbandsgemeinden
1	bis zu 50 m <sup>2</sup>	450,00 Euro	414,00 Euro
2	bis zu 60 m <sup>2</sup>	450,00 Euro	443,00 Euro
3	bis zu 80 m <sup>2</sup>	556,00 Euro	576,00 Euro
4	bis zu 90 m <sup>2</sup>	632,00 Euro	684,00 Euro
5	bis zu 105 m <sup>2</sup>	848,00 Euro	755,00 Euro
Jede weitere Person zzgl. 15 m <sup>2</sup>	zzgl. 15 m <sup>2</sup>	123,00 Euro	117,00 Euro

Grundsätzlich werden Heizungskosten bis zum Höchstwert der jeweiligen Energieart des Bundesweiten Heizspiegels in seiner aktuellen Fassung für den Abrechnungszeitraum als sozialhilferechtlicher Bedarf anerkannt. Sofern im Rahmen einer Heizkostenabrechnung das Überschreiten dieses Wertes festgestellt wird, prüft der Sozialhilfeträger die hierfür ursächlichen Gründe. Im Einzelfall kann dies zu der Aufforderung führen das Heizverhalten zu verändern.

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.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ein dieses Belehrungsbogens erhalten und von dessen Inhalt Kenntnis genommen haben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vermieter/in - Name, Anschrift

Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen

**Mietbescheinigung - Anlage 5 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII**

**Mietverhältnis**

Mieter/in - Name, Vorname		<input type="checkbox"/> Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Sonstiger Nutzungsberechtigter
Anschrift - Straße, PLZ, Ort	Stockwerk, Lage im Stockwerk	

hat von mir gemietet:

Mietbeginn (genaues Einzugsdatum)	Gesamtfläche der Wohnung  m <sup>2</sup>	davon		Baujahr (des Gebäudes/ der Wohnung)  erstmalig bezugsfertig:  letzte (energetische) Sanierung:	Anzahl der Personen im Haushalt  _____ Personen
		untervermietet  m <sup>2</sup>	gewerblich oder beruflich genutzt  m <sup>2</sup>		

Gebäudefläche ..... m<sup>2</sup> Heizenergieverbrauch des Gebäudes im Jahr ..... kw/h

Die **Gesamtmiete** (einschl. Umlagen, Zuschläge u. Ä.) beträgt **monatlich** \_\_\_\_\_ **Euro** seit \_\_\_\_\_

Davon **reine Kaltmiete**: \_\_\_\_\_ **Euro** seit \_\_\_\_\_

In dieser Gesamtmiete sind folgende Beiträge enthalten:

	nein	ja	monatlich	
a) Nebenkosten (Wasser / Abwasser, Müllgebühren, Gebäudeversicherung, Grundsteuer, Schornsteinfegergebühren etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
<input type="checkbox"/> als monatliche Vorauszahlung auf eine Jahresendabrechnung				
<input type="checkbox"/> pauschal ohne Jahresendabrechnung				
b) Heizkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
c) Kosten für Warmwasserbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
d) Vergütung für die Überlassung von Möbeln				
- vollmöbliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
- teilmöbliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
e) Kosten für Garage oder Autostellplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
f) Zuschlag für Übernahme der Schönheitsreparaturen durch den Vermieter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
g) Zimmerreinigung, Bettwäsche u. Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro
h) Strom (ohne Allgemeinstrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Euro

Bestehen **Mietrückstände**? ja  nein

wenn ja, für welche Monate \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro.

Mieter und Vermieter sind  nicht verwandt und verschwägert.  verwandt oder verschwägert. Art: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Die Mietbescheinigung ist vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Das unwahrheitsgemäße Ausfüllen der Mietbescheinigung erfüllt ggf. den Tatbestand des Sozialhilfebetruges gemäß § 263 des Strafgesetzbuches und wird strafrechtlich verfolgt.

**Erklärung:** Hiermit erteile ich gemäß § 30 Abs. 4 Nr. 3 der Abgabenordnung meine Zustimmung zur Einholung von Auskünften beim Finanzamt.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des **Vermieters/Vermieterin** \_\_\_\_\_

**Hauslastenberechnungsbogen des Jahres \_\_\_\_\_**  
 Anlage 5 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

Name, Anschrift der Antragstellerin / des Antragstellers auf Leistungen der Grundsicherung

	Jährlicher Betrag	mtl. Betrag
<b>Darlehenszinsen</b> (Zins ohne Tilgung für das vorangegangene Kalenderjahr)	..... EUR	..... EUR
<b>Grundsteuer</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Müllabfuhrgebühr</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Brandversicherung</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Gebäudeversicherung</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Kosten der Entwässerung und Wassergeld</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Schornsteinreinigungsgebühren</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Summe insgesamt</b>	.....EUR	..... EUR
<b>Anteilige Kosten pro Person</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung</b>	..... EUR	..... EUR
<b>Einnahmen Eigenheimzulage</b> (Bescheinigung durch Finanzamt)	..... EUR	..... EUR

**Wohnfläche** ..... m<sup>2</sup>      **Anzahl Bewohner** .....      **Baujahr** .....

**Heizung:**  
 Heizöl  
 sonstige Brennstoffe (Art: \_\_\_\_\_)

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

**Für Wohneigentum können vorstehend genannte Aufwendungen angerechnet werden. Die Angaben sind in Form von Kopien oder Originalen zu belegen.**

**Angaben zur Unterkunft für die Regelbedarfsermittlung**  
Anlage 6 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

**Frau / Herr**

**Mietverhältnis**

<b>Mieter</b> - Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Sonstiger Nutzungsberechtigter
<b>Anschrift</b> - Straße, PLZ, Ort	

Die Wohnung ist ausgestattet mit: Sammelheizung  Ja  Nein

Bad oder Duschaum  Ja  Nein

Bei der Wohnung handelt es sich um ein/e:

a) eigenständige Wohnung

Anzahl der Räume \_\_\_\_\_,  separates WC,  Bad,  Küche

b) Wohnung im Haus der Eltern (z. B. Einliegerwohnung)

Anzahl der eigenen Räume \_\_\_\_\_,  eigenes separates WC,  eigenes Bad,  eigene Küche

c) Zimmer bei Verwandten (z. B. Eltern)

Anzahl der eigenen Räume \_\_\_\_\_,  eigenes separates WC,  eigenes Bad,  eigene Küche

d) Wohngemeinschaft (sonstige Wohnform)

Anzahl der Personen in der WG \_\_\_\_\_

gemeinsamer Mietvertrag  eigener Mietvertrag

eigenes Zimmer \_\_\_\_\_ qm

eigenes separates WC,  eigenes Bad,  eigene Küche

e) Sonstige Wohnung (z. B. Pension, Hotel)

\_\_\_\_\_  
Meine Angaben zur Sache sind richtig und vollständig. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben oder das Verschweigen wesentlicher Tatsachen im Hinblick auf den Gegenstand dieser Erklärung zur falschen Beurteilung des Hilfefalles führt und demgemäß einen Betrug im strafrechtlichen Sinne darstellen kann, der strafrechtliche Verfolgung nicht ausschließt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

**Krankenkasse/ Pflegekasse/ Krankenversicherungsunternehmen**  
 Name, Anschrift

Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen

**Bescheinigung über die Kranken- und Pflegeversicherung**  
 Anlage 7 zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

Frau / Herr

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Von der Krankenkasse/ Pflegekasse/ vom Krankenversicherungsunternehmen auszufüllen!**

Beginn des Versicherungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Die oben genannte Person ist bei uns wie folgt versichert:

**Gesetzliche Versicherung**

- Pflichtversicherung
  - Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V
  - Pflichtversichert über WfbM nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V
  - Pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
  - Sonstiges: § 5 Abs. 1 Nr. \_\_\_\_ SGB V

- Familienversicherung über
  - Ehegatte  Ehegattin
  - Vater  Mutter
    - mit Altersgrenze bis einschließlich 23 Jahren
    - ohne Altersgrenze nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 a SGB V

**Freiwillige Versicherung**

- Freiwillige Versicherung

Höhe des Beitrags zur Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Euro

Höhe des Beitrags zur Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_ Euro

**Gesamtbeitrag:** \_\_\_\_\_ Euro



## Private Versicherung

Basistarif

Normaltarif

Höhe des Beitrags zur Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Euro

Höhe des Beitrags zur Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_ Euro

**Gesamtbeitrag:** \_\_\_\_\_ Euro

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Krankenkasse/ Pflegekasse/  
des Krankenversicherungsunternehmens

<b>Zusatzblatt zum Sozialhilfeantrag</b>	<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)	Eingangsdatum:
	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)	

<b>Angaben zur Person</b>  Bei mehr als zwei Personen bitte umseitig angeben und unterschreiben	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	<b>Antragsteller*Antragstellerin 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Antragsteller*in 2</b> <input type="checkbox"/> <b>Ehegatte (nicht getrennt lebend)</b> <input type="checkbox"/> <b>Lebenspartner*in (nicht getrennt lebend)</b> <input type="checkbox"/> <b>Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft</b>
<b>Name, Vorname</b>		

Die beantragte Sozialhilfe ist grundsätzlich von der Prüfung vorhandenen Vermögens abhängig, denn Sozialhilfe erhält nicht, wer sich selbst helfen kann. Diese Vermögensprüfung wurde aufgrund der Virus-Pandemie vorübergehend ausgesetzt. Die Sozialhilfe kann ohne Vermögensprüfung für sechs Monate gewährt werden, wenn die antragstellenden Personen erklären, dass sie nicht über erhebliche Vermögenswerte verfügen.

Welche Vermögenswerte sind erheblich? Hierzu hat das Bundessozialministerium keine Sonderregel verfasst. Grundsätzlich ist Vermögen erheblich, wenn es nach § 90 SGB XII vorrangig vor einer Hilfestellung einzusetzen ist bzw. verwertet werden soll. Geschütztes Vermögen im Sinne der Absätze 2 und 3 des § 90 SGB XII ist nicht erheblich. Dementsprechend wird folgendes Vermögen nicht als erheblich angesehen:

1. Vermögen, das aus öffentlichen Mitteln zum Aufbau oder zur Sicherung einer Lebensgrundlage oder zur Gründung eines Hausstandes erbracht wird,
2. ein nach § 10a oder Abschnitt XI des Einkommensteuergesetzes gefördertes Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes,
3. sonstiges Vermögen, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines angemessenen Hausgrundstücks bestimmt ist, soweit dieses Wohnzwecken von Menschen mit erheblichen Teilhabeeinschränkungen (§ 99 SGB IX) oder von blinden Menschen oder pflegebedürftigen Menschen dient oder dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde,
4. angemessener Hausrat,
5. unentbehrliche Gegenstände zur Aufnahme oder Fortsetzung der Berufsausbildung oder Erwerbstätigkeit,
6. Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung eine besondere Härte bedeuten würde,
7. Gegenstände, die zur Befriedigung geistiger, insbesondere wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen und deren Besitz nicht Luxus ist,
8. ein angemessenes Hausgrundstück, eine Eigentumswohnung,
9. kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte, das sind in der Regel 5.000 Euro für jede volljährige hilfebedürftige Person.

**Vermögenserklärung: bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen**

- Ich habe bzw. wir haben **keine erheblichen Vermögenswerte.**
- Ich habe bzw. wir haben folgende erhebliche Vermögenswerte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich kann bzw. Wir können voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten nicht darüber verfügen, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum
-------

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

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