

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 der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 6 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 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (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).

| 1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen | 1. Person | | 2. Person | |
|--|--|---|--|---|
| | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| | Antragsteller(in) 1 | | <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft | |
| Familienname, auch Geburtsname, Vorname | | | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort (freiwillig: Telefon) | _____ _____ _____ | | _____ _____ _____ | |
| Geburtsdatum: | | | | |
| Familienstand: | seit | | seit | |
| Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung im Haushalt) | 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person <input type="checkbox"/> sonstige Person (Name): | | 1. Person <input type="checkbox"/> 2. Person <input type="checkbox"/> sonstige Person (Name): | |
| Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status | | | | |
| Rentenversicherungs-Nr. | | | | |
| Betreuer(in) (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) | | | | |
| Straße, Haus-Nr.: PLZ, Ort (freiwillig: Telefon) | _____ _____ _____ | | _____ _____ _____ | |
| Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil | | | | |
| Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen) | gültig bis | Merkzeichen (G, aG?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | gültig bis | Merkzeichen (G, aG?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Antrag gestellt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Antrag gestellt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? | Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung Straße: _____ PLZ, Ort: _____ | | Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung Straße: _____ PLZ, Ort: _____ | |
| Es wurden bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? Az.: _____ Grundsicherungsträger | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? Az.: _____ Grundsicherungsträger | |
| Erhalten Sie ein persönliches Budget. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? | |

| | |
|-------------|--|
| Az.: | Antrag auf Grundsicherungsleistungen - Seite 2 - |
|-------------|--|

| | 1. Person | 2. Person |
|---|--|---|
| 2. Unterhalt | (nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist) | |
| Verfügt eines Ihrer Kinder/ verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 Euro jährlich)? Familienname, Vorname Anschrift: Straße, Haus-Nr.: PLZ, Ort (freiwillig: Telefon) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adressen an) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich _____ _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt, geben Sie bitte Namen und Adressen an) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich _____ _____ _____ _____ |
| Geburtsdatum: | _____ | _____ |
| 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: _____ | <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: _____ |
| 3. Vermögensübertragungen | | |
| Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde |
| 4. Kranken-/Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen!) | | |
| Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens | _____ | _____ |
| Bei privater Versicherung geben Sie bitte den Leistungsumfang an: | _____ | _____ |
| Höhe des mtl. Beitrages: | _____ | _____ |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| | 1. Person | 2. Person |
|--|-----------|-----------|

5. Einkommen (Bitte Einkommensnachweise für 12 Monate beifügen!)

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Einkommen | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen | Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch) | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen! | Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch) |
| Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen) | | | | |
| Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss) | | | | |
| Gewerbebetrieb | | | | |
| Land- und Forstwirtschaft | | | | |
| Sonstige selbständige Tätigkeit | | | | |
| Vermietung und Verpachtung | | | | |
| Wohngeld / Lastenzuschuss | | | | |
| Renten / Pensionen (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Hinterbliebenenrenten, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung) | | | | |
| Sozialhilfeleistungen | | | | |
| Grundsicherungsleistungen | | | | |
| Asylbewerberleistung | | | | |
| Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz | | | | |
| Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | | | | |
| Leistungen des Arbeitsamtes (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u.a.) | | | | |



Antrag auf Grundsicherungsleistungen

- Seite 4 -

| | 1. Person | | 2. Person | |
|---|---|--|--|--|
| Einkommen | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen | Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch) | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen! | Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch) |
| Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld) | | | | |
| Ausbildungsförderung | | | | |
| Unterhalt | | | | |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld) | | | | |
| Steuererstattung | | | | |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen) | | | | |
| Sonstige Einkünfte | | | | |
| 6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!) | | | | |
| Keine absetzbaren Beträge | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Ausgaben | mtl. Betrag | | mtl. Betrag | |
| Einkommensteuer | | | | |
| Krankenversicherung | | | | |
| Pflegeversicherung | | | | |
| Arbeitslosenversicherung | | | | |
| Rentenversicherung | | | | |
| Unfallversicherung | | | | |
| Altersvorsorgebeiträge | | | | |
| Hausratversicherung | | | | |
| Sterbeversicherung | | | | |
| Lebensversicherung | | | | |
| Haftpflichtversicherung | | | | |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | | | | |
| Beiträge für Berufsverbände | | | | |
| Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung | | | | |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit | km | | km | |
| - öffentlichen Verkehrsmitteln | | | | |
| - PKW | | | | |
| - Kleinst-PKW (bis 500 ccm) | | | | |
| - Motorrad | | | | |
| - Mofa | | | | |
| Sonstiges | | | | |
| Nähere Begründung zu ‚Sonstiges‘ | | | | |

| | | 1. Person | | 2. Person | |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|
| 7. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!) | | | | | |
| Kein Vermögen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Art des Vermögens | Vermögenswert lt. Beleg | Vermögenswert lt. Schätzung | Vermögenswert lt. Beleg | Vermögenswert lt. Schätzung | |
| Bargeld | | | | | |
| Bank-/Spargut- Haben (einschl. Ver- mögenswirksame Leistungen) | | | | | |
| Wertpapiere | | | | | |
| Forderungen | | | | | |
| Lebensversicherun- gen (Rückkaufwert) | | | | | |
| Hauseigentum | | | | | |
| Sonstiger Grundbesitz | | | | | |
| Kraftfahrzeug(e) | | | | | |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge | | | | | |
| Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | | | | | |
| Sonstiges Vermögen | | | | | |

8. Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer Einrichtung leben -

8.1 Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------|-------------|----------|
| Zahl der Personen in der Wohnung: | Person(en) | Wohnfläche: | Baujahr: |
| Gesamtkosten der Unterkunft: | | EUR | |
| davon | Kaltmiete: | EUR | |
| | Nebenkosten: | EUR | |
| | Heizungskosten: | EUR | |
| Einnahmen aus Untervermietung | EUR | | |

Sind in den angegebenen Beträgen
- Kosten für Kochfeuerung enthalten? ja nein

- Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? ja nein

8.2 Haus-/Wohnungseigentum ja nein

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten / Belastungen vorzulegen.
- siehe Anlage HL -

Az.:

Antrag auf Grundsicherungsleistungen

- Seite 6 -

9. 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: _____

ERKLÄRUNG

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.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Grundsicherungsbescheiden.

Möglicherweise besteht ein Anspruch auf Wohngeld / Lastenzuschuss.

- Soweit noch kein Wohngeld / Lastenzuschuss beantragt wurde, stelle ich hiermit einen entsprechenden Antrag. Mit der Weitergabe dieses Antrages an die Wohngeldstelle bin ich einverstanden.

Datum

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

Datum

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

Datum

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

Eltern

| | Mutter | Vater |
|---------------------|--------|-------|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Straße | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Familienstand | | |
| Ausgeübte Tätigkeit | | |

verstorben

verstorben

Kinder

Haben Sie Kinder?

ja

nein

| | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|
| Name, Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Straße | | | | |
| PLZ, Wohnort | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Ausgeübte Tätigkeit | | | | |

Ehegattin/Ehegatte

verheiratet

geschieden

verwitwet

ledig

| | Ehegattin/Ehegatte | Geschiedene/r Ehegattin/Ehegatte | Verstorbene/r Ehegattin/Ehegatte |
|---------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Name, Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Straße | | | |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Ausgeübte Tätigkeit | | | |

Ort, Datum

Unterschrift



Erklärung über Vermögen

Hinweis:

Wer Grundsicherung beansprucht, muss bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen mitwirken.

Über Einsatz oder Verwertung von Vermögen entscheidet der Grundsicherungsträger.

Zutreffendes ankreuzen

Nachweise sind beizufügen

Name, Vorname, Anschrift (PLZ, Wohnort)

1. Ich/wir haben folgendes Vermögen:

1.1 *) Guthaben und Bargeld (z. B. Guthaben auf Giro- und Sparkonten, Prämien- und Bausparverträgen)
 nein ja (bitte Nachweise beifügen)

1.2 *) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien)

1.3 *) Forderungen (z. B. aus Darlehen, Urkunden, Verträgen)

1.4 *) Hausgrundstück, Wohnungs- und Stockwerkseigentum, Dauerwohnrecht
(Ort, Straße, Haus-Nr.) – Erläuterungen, Nachweise siehe Rückseite –

| Anzahl der Wohnungen | bei 2 und mehr Wohnungen mtl. Mieteinnahme | Brandversicherung Stammversicherungssumme (Wert 1914) | ungefährer Verkehrswert |
|----------------------|---|--|-------------------------|
| | Euro | Euro | Euro |
| Grundbuch von | Band | Blatt | Flur-Nr. |
| | | | Grundstücksgröße qm |

1.5 *) Sonstiger Grundbesitz (Art, Lage, Fläche, Verkehrswert, Grundbuch)

1.6 *) Sonstiges Vermögen (z. B. Lebensversicherungen – Rückkaufswerte, Sachwerte, wertvoller Hausrat, Kraftfahrzeuge)

2. Ich/wir habe(n) kein Vermögen.

3. Früheres Vermögen:

3.1 *) Ich/wir habe(n) in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundbesitz)

veräußert

übertragen

verschenkt

Bezeichnung – Datum – Urkunde

4. Ich/wir habe(n) in den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt..

Ich/wir versichere(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner/unsere(r) Angaben

Datum/Unterschrift der/des Antragstellers/in und seines Ehegatten oder seines gesetzlichen Vertreters

*) Nachweise sind beigelegt!

bitte wenden!

Vermieter - Name, Anschrift

Zutrettendes ausstatten oder
ankreuzen

Mietbescheinigung für Leistungen nach dem SGB XII

Frau / Herr Mietverhältnis

Mieter - Name, Vorname

- Hauptmieter
 Untermieter
 Sonstiger
Nutzungsberechtigter

Anschrift - Straße, PLZ, Ort

Stockwerk, Lage im Stockwerk

hat von mir gemietet:

| Mietbeginn (genaues Einzugsdatum) | Gesamtfläche der Wohnung | davon | | Wohnung war erstmals bezugsfertig (Baujahr) | Anzahl der Personen im Haushalt: |
|--|-----------------------------|----------------|--|--|-------------------------------------|
| | | untervermietet | gewerblich oder beruf- lich genutzt | | |
| | m ² | m ² | m ² | | _____ Personen |
| Gebäudefläche | | | | | m ² |
| Heizenergieverbrauch des Gebäudes im Jahr | | | | | kw/h |

Die **Gesamtmiete** (einschl. Umlagen, Zuschläge u. Ä.) beträgt **monatlich** _____ € seit _____

Davon **reine Kaltmiete:** _____ € seit _____

In dieser Gesamtmiete sind folgende Beiträge enthalten:

| | nein | ja | monatlich | € |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------|---|
| a) Heizkosten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| b) Kosten für Warmwasserbereitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| c) Vergütung für die Überlassung von Möbeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| d) Kosten für Garage oder Pkw-Abstellplatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| e) Zuschlag für Übernahme der Schönheitsreparaturen durch den Vermieter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| f) Nebenkosten (Wasser / Abwasser, Müllgebühren, Gebäudeversicherung, Grundsteuer, Schornsteinfegergebühren etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| g) Zimmerreinigung, Bettwäsche u. Ä. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |
| h) Strom (ohne Allgemeinstrom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | € |

Bestehen Mietrückstände? ja nein

wenn ja, für welche Monate _____ in Höhe von _____ €

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

Hauslastenberechnungsbogen des Jahres

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

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

Wohnfläche m²

Anzahl Bewohner

Baujahr

Heizung:

Heizöl

sonstige Brennstoffe (Art: _____)

Datum, Ort,

Unterschrift

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

(Bitte sorgfältig durchlesen)

Wenn Sie als Hilfesuchender oder als Empfänger von Sozialhilfe Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen oder durch fehlende oder unzureichende Mitwirkung die Aufklärung oder Feststellung des Sachverhaltes erheblich erschweren, kann der Träger der Sozialhilfe, die Kreisverwaltung Südliche Weinstraße, die Zahlung der Sozialhilfe ganz oder teilweise ablehnen oder bereits zugesagte Hilfe entziehen.

Ihre Mitwirkungspflichten ergeben sich aus den §§ 60–67 Sozialgesetzbuch Teil I.

Insbesondere sind Sie verpflichtet alle Änderungen und Tatsachen, die für die Bewilligung der Sozialhilfe maßgeblich sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen, Hierunter fällt auch die Angabe, dass Sie in einer eheähnlichen Gemeinschaft leben. Weiterhin betrifft dies Änderungen Ihres Einkommens und Vermögens und des Einkommens und Vermögens Ihres Ehegatten bzw. Ihres mit in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners/Partnerin und der im Haushalt lebenden Angehörigen, die bei der Sozialhilfe berücksichtigt werden (§ 60 Sozialgesetzbuch Teil I). Einkommen und Vermögen sind unabhängig von Ihrer Höhe anzugeben, zum Beispiel müssen auch Einkünfte aus Tätigkeiten angegeben werden, die nicht unter die Versicherungspflicht fallen.

Strafrechtliche Folgen

Wer bei Antragstellung oder während des Bezuges von Sozialhilfe wissentlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben macht oder Änderungen der Einkommens- und Vermögensverhältnisse wissentlich nicht mitteilt, kann wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

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

....., den

.....
(Name)

.....
(Unterschrift)

Erklärung über den Besitz und Haltung eines Kraftfahrzeugs (Kfz)

Ich, der Unterzeichner,

Name, Vorname(n)

Anschrift (Straße, Haus-Nr., Plz, Wohnort)

Ich bin nach § 60 Sozialgesetzbuch - allgemeiner Teil (SGB I) im Rahmen meiner Mitwirkung verpflichtet, meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse darzulegen. Hierunter fällt auch die Verpflichtung zur Auskunft über Vermögenswerte, wie z. B. eines Kraftfahrzeugs. Ein Kraftfahrzeug stellt einen verwertbaren Vermögensgegenstand

im Sinne des § 90 SGB XII dar, soweit nicht bestimmte Schutzbestimmungen anzuwenden sind.

Ich bin unterrichtet, dass mir bei unrichtigen bzw. unvollständigen Angaben gem. § 66 SGB I die Hilfe versagt oder entzogen werden kann und ich nach § 263 des Strafgesetzbuches (StGB) wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich bin darüber belehrt worden, dass das Sozialamt gem. § 118 Abs. 4 Ziffer 6 SGB XII meine Angaben bei den zuständigen Kraftfahrzeugzulassungsstellen überprüfen kann.

Gegenwärtig halte und besitze ich kein Kraftfahrzeug.

Gegenwärtig bin ich Halter des Kraftfahrzeugs (laut Eintragung im Fahrzeugschein/Fahrzeugbrief)
Bitte fügen Sie eine Kopie der Zulassungsbescheinigung bei.

| |
|--------------------------|
| Hersteller |
| Genauer Modelltyp |
| amtliches Kennzeichen |
| geschätzter Verkehrswert |

| |
|--------------------|
| Eigentümer des Kfz |
| Kilometerstand |
| Baujahr |

Gegenwärtig bin ich Besitzer (Nutzer) des Kraftfahrzeugs
Bitte fügen Sie eine Kopie der Zulassungsbescheinigung bei.

| |
|--------------------------|
| Hersteller |
| Genauer Modelltyp |
| amtliches Kennzeichen |
| geschätzter Verkehrswert |

| |
|----------------------------|
| das Kfz ist zugelassen auf |
| Kilometerstand |
| Baujahr |

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich jede Änderung in den Verhältnissen, die diese Erklärung betrifft, unverzüglich mitzuteilen habe (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I).

Ort, Datum

Unterschrift

hältnisse durch Geldinstitute

(Bitte für jedes Geldinstitut ein eigenes Formblatt verwenden)

| | | |
|----------------|--|---------|
| Hilfesuchender | | 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).

Urschriftlich zurück an

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße
Amt für Gesundheit und Soziales
An der Kreuzmühle 2

76829 Landau

Ort, Datum

Unterschrift des Hilfesuchenden

Unterschrift des Ehegatten

(Bitte sorgfältig durchlesen)

Die laufenden Unterkunftskosten, die im Rahmen des notwendigen Lebensunterhaltes gemäß § 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Verbindung mit § 35 Abs. 2 SGB XII übernommen werden, umfassen die tatsächlichen (angemessenen) Mietaufwendungen.

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 der Mietaufwendungen bestimmt sich maßgeblich nach der Gesamtmiete. Diese wiederum setzt sich zusammen aus der Wohnfläche und der Kaltmiete pro m², zuzüglich der Nebenkosten.

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

Bei der Angemessenheit der Mietaufwendungen ist auf den unteren Bereich der am Wohnort marktüblichen Wohnungsmieten abzustellen. Geeignete Grundlage hierfür stellt der örtliche Mietspiegel dar.

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

....., den

.....
(Name)

.....
(Unterschrift)

Krankenkasse/ Pflegekasse/ Krankenversicherungsunternehmen

Name, Anschrift

Zutreffendes ausfüllen oder
ankreuzen

Bescheinigung über die Kranken- und Pflegeversicherung für Leistungen nach dem SGB XII (zur Vorlage beim Amt für Gesundheit und Soziales)

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