

Kreisausschuss des Landkreises Hersfeld-Rotenburg

- Fachdienst Soziales -



Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Eingangsstempel

Der SGB XII-Antrag wird gestellt durch...		
<input type="checkbox"/> den Betreuer/in , Bevollmächtigte/r unter der Vorlage einer Kopie der Bestellsurkunde/ Vollmacht		
Name, Vorname Betreuer		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon	Fax	E-Mail
Verhältnis zur/zum Hilfesuchenden:		
Betreuerausweis vom:		
<input type="checkbox"/> den/die Hilfeempfänger/in		

1. Angaben zum /zur Hilfeempfänger/in (Antragsteller/in 1)		
Familienname	Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort
Allgemeines		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		
<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden, seit <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft		
Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus (bei Ausländern):	
In Deutschland seit Geburt lebend?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, Datum des Zuzugs:	
Sind Sie Spätaussiedler/in?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bitte Kopie des Registrierscheins beifügen	
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist dies geplant?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Einrichtungsträger:	

Mehrbedarfe							
Sind Sie schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Schwerbehindertenausweis beifügen)					<input type="checkbox"/> Nein	
Grad der Behinderung:				Ausweis gültig bis:			
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TBI
Wurde ein Pflegegrad anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Pflegegeldbescheid beifügen)					<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welcher Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
Besteht eine volle Erwerbsminderung?				<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wie wurde diese festgestellt? (bitte Nachweise beifügen)							
<input type="checkbox"/> durch Gutachten der Deutschen Rentenversicherung							
<input type="checkbox"/> im Rahmen eines Rentenantragverfahren							
<input type="checkbox"/>							
Benötigen Sie eine kostenaufwändige Ernährung aufgrund einer Erkrankung?							
<input type="checkbox"/> Ja (bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen)					<input type="checkbox"/> Nein		
Nehmen Sie am gemeinschaftlichen Mittagessen in einer WfbM oder einer Tagesförderstätte teil?							
<input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheinigung der Einrichtung inkl. Angabe der wöchl. Anzahl und Beginn)					<input type="checkbox"/> Nein		
Liegt eine Schwangerschaft vor?							
<input type="checkbox"/> Ja (bitte Schwangerschaftswoche nachweisen)					<input type="checkbox"/> Nein		
Besuchen Sie eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung?							
<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> im Eingangsbereich <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> im Außenbereich					<input type="checkbox"/> Nein		
Erhalten Sie sonstige Eingliederungshilfe vom Landeswohlfahrtsverband (LWV)?							
<input type="checkbox"/> Ja (bitte letzten Bewilligungsbescheid vorlegen)					<input type="checkbox"/> Nein		

Angaben zu Ihrem letzten Arbeitsverhältnis	
Haben Sie zuletzt gearbeitet?	
<input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Nein, ich bin <u>keiner</u> Tätigkeit nachgegangen.
Name des letzten Arbeitgebers	
Adresse und Ort von Ihrem Arbeitgeber / letzten Arbeitsverhältnis	
Art der Tätigkeit (als was haben Sie gearbeitet)	
Wer hat das letzte Arbeitsverhältnis gekündigt / beendet?	<input type="checkbox"/> Ich habe gekündigt. <input type="checkbox"/> Arbeitgeber

2. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt									
Befinden sich weitere Personen im Haushalt?						<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Angaben zur weiteren Person (Person 2):									
<input type="checkbox"/> Ehegatte/in (nicht getrennt lebend)				<input type="checkbox"/> Partner/in (in eheähnlicher Gemeinschaft)					
<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend)				<input type="checkbox"/>					
Familienname		Geburtsname		Vorname					
Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht					
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers					
Allgemeines									
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> getrennt lebend		<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft			
<input type="checkbox"/> verwitwet		<input type="checkbox"/> geschieden, seit		<input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft					
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus (bei Ausländern):							
In Deutschland seit Geburt lebend?									
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein, Datum des Zuzugs:							
Sind Sie Spätaussiedler/in?									
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, bitte Kopie des Registrierscheins beifügen							
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist dies geplant?									
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, Einrichtungsträger:							
Mehrbedarfe									
Sind Sie schwerbehindert?		<input type="checkbox"/> Ja (bitte Schwerbehindertenausweis beifügen)				<input type="checkbox"/> Nein			
Grad der Behinderung:									
Merkzeichen:		<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> TBI
Ausweis gültig bis:									
Wurde ein Pflegegrad anerkannt?		<input type="checkbox"/> Ja (bitte Pflegegeldbescheid beifügen)				<input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja, welcher Pflegegrad?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5			
Besteht eine volle Erwerbsminderung?					<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, wie wurde diese festgestellt? (bitte Nachweise beifügen) – siehe nächste Seite									
<input type="checkbox"/> durch Gutachten der Deutschen Rentenversicherung									
<input type="checkbox"/> im Rahmen eines Rentenantragverfahren									
<input type="checkbox"/>									
Benötigen Sie eine kostenaufwändige Ernährung aufgrund einer Erkrankung?									

<input type="checkbox"/> Ja (bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie am gemeinschaftlichen Mittagessen in einer WfbM oder einer Tagesförderstätte teil?	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheinigung der Einrichtung inkl. Angabe der wöchtl. Anzahl und Beginn)	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine Schwangerschaft vor?	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte Schwangerschaftswoche nachweisen)	<input type="checkbox"/> Nein
Besuchen Sie eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung?	
<input type="checkbox"/> Ja: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> im Eingangsbereich <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> im Außenbereich 	<input type="checkbox"/> Nein
Erhalten Sie sonstige Eingliederungshilfe vom Landeswohlfahrtsverband (LWV)?	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte letzten Bewilligungsbescheid vorlegen)	<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zu Ihrem letzten Arbeitsverhältnis	
Haben Sie zuletzt gearbeitet?	
<input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Nein, ich bin <u>keiner</u> Tätigkeit nachgegangen.
Name des letzten Arbeitgebers	
Adresse und Ort von Ihrem Arbeitgeber / letzten Arbeitsverhältnis	
Art der Tätigkeit (als was haben Sie gearbeitet)	
Wer hat das letzte Arbeitsverhältnis gekündigt / beendet?	<input type="checkbox"/> Ich habe gekündigt. <input type="checkbox"/> Arbeitgeber

Sonstige Angaben zu weiteren Personen im Haushalt

3. Familienverhältnisse	
Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Kindern:	
1. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, PLZ, Wohnort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit/aufenthaltsrechtlicher Status	Familienstand
Beschäftigung	Arbeitgeber
Voll-/stationäre Unterbringung (WfbM, Tagesförderstätte)	ggf. Sterbedatum
2. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, PLZ, Wohnort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit/aufenthaltsrechtlicher Status	Familienstand
Beschäftigung	Arbeitgeber
Voll-/stationäre Unterbringung (WfbM, Tagesförderstätte)	ggf. Sterbedatum
3. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, PLZ, Wohnort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit/aufenthaltsrechtlicher Status	Familienstand
Beschäftigung	Arbeitgeber
Voll-/stationäre Unterbringung (WfbM, Tagesförderstätte)	ggf. Sterbedatum

4. Kind	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, PLZ, Wohnort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit/aufenthaltsrechtlicher Status	Familienstand
Beschäftigung	Arbeitgeber
Voll-/stationäre Unterbringung (WfbM, Tagesförderstätte)	ggf. Sterbedatum

Verfügt mind. eines Ihrer Kinder über ein jährliches Bruttoeinkommen von über 100.000,00 €?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Name des Kindes (bei mehreren alle Namen eintragen):

Ich habe **keine** eigenen oder adoptiere Kinder.

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Eltern:		
	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum		
Wohnort		
Sterbedatum (ggf.)		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit/ aufenthaltsrechtlicher Status		
Beschäftigung		
Arbeitgeber		
Voll-/stationäre Unterbringung (WfbM, Tagesförderstätte)		

Verfügt ein Elternteil über ein jährliches Bruttoeinkommen von über 100.000,00 €?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Name des Elternteils:

4. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung	
Antragsteller/in 1	Person 2
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Straße, Hausnummer der Krankenkasse	Straße, Hausnummer der Krankenkasse
PLZ, Ort der Krankenkasse	PLZ, Ort der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	Versicherungs-/Mitgliedsnummer der Krankenkasse:
Art der Versicherung	
<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung
<input type="checkbox"/> Private Mitgliedschaft, mtl. _____ €	<input type="checkbox"/> Private Mitgliedschaft, mtl. _____ €
<input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft, mtl. _____ €	<input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft, mtl. _____ €
<input type="checkbox"/> Familienversicherung über	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung nach § 264 SGB V	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung nach § 264 SGB V
5. Angaben zur Rentenversicherung	
Antragsteller/in 1	Person 2
Rentenversicherungsnummer:	Rentenversicherungsnummer:
Rentenversicherungsträger (z. B.: DRV Bund bzw. Hessen, ausländische Renten. Bitte fügen Sie einen Nachweis bei):	Rentenversicherungsträger (z. B.: DRV Bund bzw. Hessen, ausländische Renten. Bitte fügen Sie einen Nachweis bei)::
Steueridentifikationsnummer:	Steueridentifikationsnummer:
<p>Wurde bereits ein Rentenantrag gestellt? (wenn noch keine Rente bezogen wird)</p> <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweise über die Antragstellung beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	<p>Wurde bereits ein Rentenantrag gestellt? (wenn noch keine Rente bezogen wird)</p> <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweise über die Antragstellung beifügen) <input type="checkbox"/> Nein

6. Einkommen im In- und Ausland (bitte Bescheide / Nachweise beifügen)				
	Antragsteller/in 1		Person 2	
Altersrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Waisenrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Betriebs-/Werksrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Kindergeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Lohn/Gehalt aus der WfbM	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Unterhalt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Arbeitslosengeld I / Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Wohngeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
	<input type="checkbox"/> Ich habe <u>kein</u> Einkommen		<input type="checkbox"/> Ich habe <u>kein</u> Einkommen	

Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (bitte Nachweise beifügen)		
Privathaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
(priv.) Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Fahrtkosten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €

7. Vermögen (bitte Auszüge / Nachweise beifügen)				
	Antragsteller/in 1		Person 2	
Bankguthaben (Girokonto)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
	IBAN: _____ Bank: _____		IBAN: _____ Bank: _____	
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
	IBAN: _____ Bank: _____		IBAN: _____ Bank: _____	
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
Wertpapiere / Aktien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €		<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €	
Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €		<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €	
Riester-Rente	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €		<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €	
Sterbegeldversicherungen	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €		<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €	
Grundbesitz (bebaute / unbebaute Grundstücke)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
Ansprüche aus Übergabeverträgen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
Wurde Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre verschenkt/verkauft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, _____ €
	<input type="checkbox"/> Ich habe <u>kein</u> Vermögen		<input type="checkbox"/> Ich habe <u>kein</u> Vermögen	

8. Wohnverhältnisse		
Sind Sie zugezogen?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgt am	(Datum)
Wenn ja, wo haben Sie vorher gelebt?		
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Haben Sie am vorherigen Aufenthaltsort Sozialleistungen bezogen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, von wem?		

Angaben zum Mietverhältnis (zusätzlich mit aktueller Mietbescheinigung und Mietvertrag nachzuweisen)		
Wohnen Sie mietfrei?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wohnen Sie zur Miete?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art des Mietverhältnisses:	<input type="checkbox"/> Hauptmieter	<input type="checkbox"/> Untermieter/Mitbewohner
Name und Anschrift des Vermieters		
Besteht ein verwandtschaftliches Verhältnis zur bzw. zum Mieter/in?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Wohngeld?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zu der gemieteten Wohnung			
Wohnungsgröße in m ² :		Anzahl der Zimmer:	
Grundmiete in €		Nebenkosten in €	
Heizkosten in €		Baujahr des Hauses:	
Ist eine Garage oder ein Stellplatz vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde laufend Miete gezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn nein, wann erfolgte die letzte Mietzahlung?			
Art der Beheizung (letzte Betriebs- und Heizkostenabrechnung bzw. letzte Rechnungen beilegen)			
<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom
<input type="checkbox"/> Zentralheizung		<input type="checkbox"/> Eigene Heizung mit:	
<input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasseraufbereitung <u>oder</u>		<input type="checkbox"/> dezentrale Warmwasserversorgung	

9. Unterhaltsansprüche bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eheleuten/Partnern und oder/des getrennt lebenden Elternteils eines im Haushalt lebenden Kindes

Angaben des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Ehegattin oder des/der Partners/Partnerin aus einer Lebensgemeinschaft bzw. des getrennt lebenden Elternteils:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Verheiratet seit:

Getrenntlebend seit:

Geschieden seit:

Erfolgte eine Unterhaltsregelung?

Ja, und zwar durch...

Nein

ein Urteil.

einen gerichtlichen Vergleich.

einen notariellen Vertrag.

eine freie Vereinbarung.

Verzicht.

Bitte fügen Sie dem Antrag alle in diesem Zusammenhang vorhandenen Unterlagen bei (z. B. Scheidungsurteil inkl. des Sitzungsprotokolls, Unterhaltsregelungen, Sorgerechtsregelungen, etc.).

Ich habe **keine/n** getrennt lebende/n oder geschiedene/n Ehegatten/Ehegattin oder Partner/Partnerin aus einer Lebensgemeinschaft.

Sonstige Angaben zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

--

10. Bankverbindung	
Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	
Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
Folgende laufenden Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:	
Empfänger	
Betrag	
IBAN	
BIC	
Verwendungszweck	
Folgende laufenden Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:	
Empfänger	
Betrag	
IBAN	
BIC	
Verwendungszweck	
Folgende laufenden Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:	
Empfänger	
Betrag	
IBAN	
BIC	
Verwendungszweck	

Erklärung des / der Hilfesuchenden oder des / der gesetzlichen Vertreter/s/in des / der Hilfesuchenden

Ich / Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben und sowie die Angaben in den ggfs. beiliegenden Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert den Fachbereichen Arbeit und Migration sowie Soziales, Jugend und Senioren des Landkreises Hersfeld-Rotenburg mitzuteilen.

Im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungspflichten nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB, 1. Buch) bin/sind ich/wir verpflichtet, die Ärzte, die mich/uns behandeln oder behandelt haben oder denen ich/wir vorgestellt worden bin/sind oder werde/n, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Komme ich/wir meiner/unserer Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages bzw. zur Versagung oder Entziehung der Leistungen führen (§ 66 SGB I).

Mir/Uns ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges erfolgt. Auch der Versuch ist strafbar und wird verfolgt.

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und die Angaben zur Kfz-Halterschaft überprüft werden.

Ich/Wir bin/sind belehrt worden, dass ich/wir umgehend noch die in der Anlage angegebenen Unterlagen vorzulegen habe/n.

--	--

(Ort, Datum)

(Unterschrift -Antragsteller/in-)

(Ort, Datum)

(Unterschrift volljähriger Hilfesuchende/r)

Änderungsvermerke/Information

Ich bestätige, dass die Änderungen, die der/die Mitarbeiter/in der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Das Informationsblatt zu Datenschutzhinweisen gem. Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) wurde ausgehändigt.

--	--

(Ort, Datum)

(Stempel/Unterschrift)