

Grundantrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

- Form der Hilfe: Hilfe zum Lebensunterhalt
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen → Art der Hilfe: _____
 ambulante Hilfe zur Pflege
 stationäre/teilstationäre Hilfe zur Pflege
 Hilfe zur Gesundheit
 Blindenhilfe nach § 72 SGB XII

- Ich beantrage die Auszahlung der Leistung als persönlichen Budgets (§ 57 SGB XII, § 17 Abs. 2 und 3 SGB IX).

Nähere Begründung des Antrages bzw. der Notlage:

1. Persönliche Verhältnisse

		Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Antragsteller/in 2 bei Grundsicherung
1	Familienname		
2	Vorname		
3	Straße, Haus-Nr.		
4	PLZ, Wohnort		
5	Geburtsdatum/-ort		
6	Telefon-Nr./ E-Mail Adresse		
7	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
8	Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
9	Beruf/Arbeitgeber		
10	Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann _____
11	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____ aufenthaltsrechtlicher Status _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____ aufenthaltsrechtlicher Status _____
12	Schwerbehinderten- ausweis/Bescheid d.Versorgungsamtes	Grad der Behinderung _____ Antrag gestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grad der Behinderung _____ Antrag gestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13	Antragsteller/in ist	- Kriegsbeschädigte/r oder Kriegshinterbliebene/r <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Vertriebene/r oder Spätaussiedler/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Kriegsbeschädigte/r oder Kriegshinterbliebene/r <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Vertriebene/r oder Spätaussiedler/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14	Name und Anschrift der Kranken-/ Pflegeversicherung		

15	- Ist die Krankheit/Behinderung ursächlich zurückzuführen auf einen <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> sonstiges Ereignis _____
	- Liegt ein Fremdverschulden vor? <input type="checkbox"/> ja falls ja: Name, Anschrift des Schädigers _____ <input type="checkbox"/> nein
	- Wurden Regressansprüche gegen den Schädiger bzw. sonstige Stellen angemeldet/geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja (entsprechende Nachweise bitte vorlegen) <input type="checkbox"/> nein

2. Aufenthaltsverhältnisse

16	Zugezogen am _____ von _____	Grund _____
17	Datum Grenzübertritt aus dem Ausland _____	
18	Wurde vorher Sozialhilfe beantragt/bezogen ? Wo? _____	von – bis _____
19	Wo bzw. wer hat Umzugskostenbeihilfe beantragt/gezahlt/abgelehnt ? _____	
20	Bei stationärer Heimunterbringung: Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung _____ Aufnahmedatum: _____	

Aufenthalt in den letzten drei Monaten vor der Heimaufnahme bzw. Aufnahme in eine Pflegefamilie

21	von – bis _____	Straße, Ort _____
22	von - bis _____	Straße, Ort _____
23	von – bis _____	Straße, Ort _____
24	Kostenträger des letzten Heimaufenthaltes _____	Tag der Entlassung _____

Vormund Betreuer/in Bevollmächtigte/r (bitte Vollmacht oder Bestellungsurkunde beifügen)

25	Name, Anschrift _____
26	Tel.-Nr./ E-Mail _____

3. Personen, mit denen der/die Antragsteller/in in einem Haushalt lebt/leben (z.B. Kinder)

		2.1	2.2	2.3	2.4
27	Familienname				
28	Vorname				
29	Geburtsdatum				
30	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragssteller/in				
31	Beruf				

4. Unterhaltspflichtige Personen, die außerhalb des Haushaltes des/der Antragstellers/in lebt/leben (z. B. Kinder)

- Bitte die Anlage Erklärung zu den Unterhaltspflichtigen – Anlage 3- ausfüllen -

5. Einkommen – Nachweise bitte beifügen –

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner einer eheähn- lichen Gemeinschaft	Haushalts- angehörige/r 2.1	Haushalts- angehörige/r 2.2	Haushalts- angehörige/r 2.3
32	Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit –Netto -				
33	Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit z.B. Gewerbe, Handel, freie Berufe				
34	Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung				
35	Unterhaltszahlungen <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss				
36	Kindergeld/Kinderzulagen				
37	Elterngeld				
38	BAföG				
39	Leistungen der Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II) <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen				
40	Leistungen der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld				
41	Leistungen der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> eingeschränkte Alltagskompetenz <input type="checkbox"/> Pflegegeld St. 0 <input type="checkbox"/> Pflegegeld St. 1 <input type="checkbox"/> Pflegegeld St. 2 <input type="checkbox"/> Pflegegeld St. 3				
42	Leistungen aus der Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Landw. Altersruhegeld <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwer-/Waisenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> _____				
43	Leistungen nach dem Bundesver- sorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz				
44	Sonstiges Einkommen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				

6. Bankverbindung

45	Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller/in)		
46	IBAN	BIC	Geldinstitut

7. Anlagen zum Antrag

Dem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt:

- Erklärung zum Vermögen (Anlage 1 – blauer Vordruck -)
- Kosten der Unterkunft (Anlage 2 – grüner Vordruck -)
- Erklärung zu den Unterhaltspflichtigen (Anlage 3 – gelber Vordruck -)
- allgemeine Hinweise und Erläuterungen (Anlage 4 – roter Vordruck -)
- Erklärung zur Behandlung meiner persönlichen Daten
- Entbindung von der Schweigepflicht

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz, Renten) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls dort anzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in und/oder seines
Ehegatten/Lebenspartners/Partner in eheähn. Gemeinschaft
oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der/s aufnehmenden
Mitarbeiterin/s der Verwaltung

Raum für Ergänzungen
