

Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen

Art der beantragten Hilfe:	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung
	<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	<input type="checkbox"/> innerhalb einer Einrichtung
	<input type="checkbox"/> Andere Hilfen nach dem SGB XII: _____	
	<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

		1. Person	2. Person
		Antragsteller(in)/Hilfesuchende(r)	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft
Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname:			
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort freiwillig: Telefon			
Geburtsdatum:	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort/Land:			
Familienstand:		seit:	seit:
Stellung im Haushalt:	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)	
Staatsangehörigkeit:			
Spätaussiedler(in):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine gesetzl. Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vormund/Betreuer/in (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen):			
Anschrift des/der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)			
Sind Sie pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegegrad:	
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 in den zwei Monaten vor Heimaufnahme gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung in den zwei Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung:	Anschrift der Wohnung in den zwei Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung:	
Leben Sie in einer betreuten Wohnform?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erhalten Sie bereits Sozialhilfeleistungen oder haben Sie diese erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: bis wann? Bitte den letzten Bescheid beifügen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: bis wann? Bitte den letzten Bescheid beifügen!	

2. Angaben zur Erwerbsfähigkeit (nur auszufüllen von Personen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren!)

Schulabschluss:		
Erlerner Beruf:		
Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie derzeit arbeitslos und erhalten Leistungen nach dem SGB II (Hartz 4) oder haben Sie diese beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Bescheid beifügen! Kunden Nr. der Agentur für Arbeit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Bescheid beifügen! Kunden Nr. der Agentur für Arbeit:
Sind Sie nach eigener Einschätzung in der Lage für mindestens drei Stunden täglich einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, Begründung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, Begründung:
Liegt bei Ihnen eine durch den Rententräger festgestellte volle Erwerbsminderung im Sinne von § 43 Abs. 2 SGB VI vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte ärztl. Gutachten bzw. Rentenbescheid beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte ärztl. Gutachten bzw. Rentenbescheid beifügen!
Sind Sie Schüler, Auszubildender oder Student?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ausbildung/Studium zum:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ausbildung/Studium zum:

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung: Bitte alle Beträge in EUR angeben!**3.1. Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! -**

Ich / Wir wohne(n) mietfrei, Kosten der Unterkunft, für Heizung und Warmwasser fallen nicht an. ⇒ Weiter mit Punkt 3.4

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	Baujahr des Hauses:
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten):		EUR		
davon Kaltmiete:		EUR		
Nebenkosten:		EUR		
Enthalten die oben genannten Beträge				
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR	
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR	
- Kosten für Schönheitsreparaturen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR	
- Kosten für Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR	
Erzielen Sie Einnahmen aus Untervermietung?				
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR	

3.2. Heizkosten

Höhe der monatlichen Kosten:	EUR	Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Enthalten die oben genannten Beträge								
- Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z.B. Gas)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR					
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR					

3.3. Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist dem Antrag die Anlage 1, „Angaben zur Hausertragsberechnung“ beizufügen und eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!

3.4. Mehrbedarf

	1. Person		2. Person	
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? (ggf. Kopie des Ausweises beifügen! Vorder- und Rückseite)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> Ausweis beantragt am:	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> Ausweis beantragt am:
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
	Grad der Behinderung: _____%		Grad der Behinderung: _____%	
	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft? (Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!)	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____	<input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	

3.5. Kranken-/Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Name und Anschrift der Krankenversicherung:		
Versicherungsnummer:		
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (z.B. über Rente) <input type="checkbox"/> Familienversicherung (z.B. über Ehegatte, Eltern) * <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung (z.B. über Rente) <input type="checkbox"/> Familienversicherung (z.B. über Ehegatte, Eltern) * <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert
Höhe des mtl. Beitrags:	EUR	EUR
Höhe des von der Krankenkasse erhobenen monatlichen Zusatzbeitrags:	EUR	EUR

* Bei Familienversicherung bitte die Anlage 7 – Familienversicherung – beifügen!

4. Angaben zu weiteren <u>im</u> Haushalt lebenden Personen: Bei mehr als 5 Personen im Haushalt bitte Zusatzblatt verwenden!							
		3. Person		4. Person		5. Person	
Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname:							
Geburtsdatum:	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsort/Land:							
Familienstand:							
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller(in), bzw. zur 2. Person:							
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status:							
<i>nur bei Kindern unter 15 Jahren:</i> - derzeit besuchte Schularart:							
<i>nur bei 15 bis 64 Jährigen:</i> - derzeit besuchte Schularart bzw. Schulabschluss, - Erlerner Beruf, derzeit ausgeübte Tätigkeit - bei Arbeitslosigkeit: seit wann?, Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit							

5. Unterhaltspflichtige / Unterhaltsberechtigzte Personen <u>außerhalb</u> des Haushalts (Kinder, Eltern, getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten/Lebenspartner)					
Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller	Einkommen / Tätigkeit	Anschrift
1.					
2.					
3.					
4.					

nur auszufüllen bei Anträgen auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung:

Verfügt eines Ihrer Kinder vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 Euro jährlich)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 Euro jährlich)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Bei Kindern die außerhalb einer Ehe geboren wurden und/oder bei getrenntlebenden Eltern					
Name des Kindes	Ist die Vaterschaft festgestellt?, wenn ja, zuständiges Jugendamt	Name und Anschrift des unterhaltspflichtigen Elternteils	Besteht eine Unterhaltsbeistandschaft? wenn ja, zuständiges Jugendamt	Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages	Wird der Unterhalt regelmäßig gezahlt?
1.				EUR	
2.				EUR	
3.				EUR	
4.				EUR	

7. Aufenthaltsverhältnisse			
Hat eine der in diesem Antrag genannten Personen in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche Person(en)? Entlassungsdatum: Kostenträger:	
Hat eine der in diesem Antrag genannten Personen bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche Person(en)? bis wann?	
Hat eine der in diesem Antrag genannten Personen im Ausland gelebt?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, sind <u>auf einem Beiblatt</u> vollständige Angaben zu Aufenthaltszeiten, Wohnort, Art und Dauer der Erwerbstätigkeit sowie im Ausland erworbenen Renten- oder gleichartigen Versorgungsansprüchen zu machen und zu erläutern.	

8. Besondere finanzielle Belastungen (z.B. Beiträge zur Rentenversicherung, Kindergartenbeiträge, Verpflichtungen aus Ratenkäufen, usw.)				
Art	mtl. Betrag	Empfänger der Zahlung	Beginn der Zahlungsverpflichtung	Ende
	EUR			
	EUR			

9. Einkommen und Vermögen

9.1. Einkommen (Bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Name, Vorname					

Einkommen	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag
Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Entgelt der WfBM, Ausbildungsvergütung)					
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)					
Gewerbebetrieb					
Land- und Forstwirtschaft					
Sonstige selbständige Tätigkeit					
Vermietung und Verpachtung					
Wohngeld/Lastenzuschuss					
Renten/Pensionen (z.B. Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung, Unfallrente, Witwen- oder Waisenrente, Werksrente, Landwirtschaftl. Altersgeld, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Sonstige Renten/Pensionen)					
Ausländische Renteneinkünfte					
Sonstige ausländische Einkünfte					
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz					
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z.B. Rente, Leistungen der Kriegssopferfürsorge)					
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)					
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II (Hartz 4)					
Leistungen der Agentur für Arbeit (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u.a.)					
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)					
Bei volljährigen Kindern: Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsförderung					
Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz					
Unterhalt					
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)					
Steuererstattung					
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)					
Guthaben aus Mietnebenkosten-/Heizkostenabrechnung					
Sonstige Einkünfte					
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine der vorstehend aufgeführten oder andere Leistungen beantragt?
Wurde der Antrag abgelehnt oder noch nicht abschließend entschieden?

ja nein
 ja nein

Name des Antragstellers	Art der beantragten Leistung	Antragsdatum	zuständige Behörde, Aktenzeichen
-------------------------	------------------------------	--------------	----------------------------------

9.2. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 1 berücksichtigt, Bitte Nachweise beifügen)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgaben	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag
Steuern auf das Einkommen					
Sozialversicherungsbeiträge					
Haftpflichtversicherung					
Hausratversicherung					
Altersvorsorgebeiträge					
Sterbeversicherung					
Sonstige Versicherungen					
Aufwendungen für Arbeitsmittel					
Beiträge für Berufsverbände					
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km
Kosten öffentl. Verkehrsmittel					
bei Nutzung eines Kfz.	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

9.3. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
--	----------	----------	----------	----------	----------

Art des Vermögens	Vermögenswert	Vermögenswert	Vermögenswert	Vermögenswert	Vermögenswert
Bargeld					
Bank- / Sparguthaben (Girokonten, Sparbücher, einschl. vermögenswirks. Leistungen)					
Wertpapiere / Aktien					
Lebensversicherungen (aktuellen Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen)					
Sterbegeldversicherung					
Bestattungsvorsorgevertrag					
Staatlich geförderte private Altersvorsorge					
Hauseigentum (nicht selbst bewohnt) Bitte Anlage 1 beifügen!					
Sonstiger Grundbesitz Bitte Anlage 1 beifügen!					
Kraftfahrzeug(e)					
Forderungen					
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)					
Sonstiges Vermögen Art: _____					
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei mehr als fünf Personen weitere Angaben bitte auf gesondertem Blatt!

9.4. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	falls ja: Bitte gesonderte schriftliche Erklärung und entsprechende Nachweise beifügen.

10. Bankverbindung

Kontoinhaber/in (falls abweichend von Antragsteller/in)

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

11. Folgende Anlagen sind Bestandteil dieses Antrages Anlage 1 - Angaben zur Hausertragsberechnung Anlage 2 - Bestattungskosten Anlage 3 - Mietschulden Anlage 4 - Zahlungsrückstände für Haushaltsstrom und Heizung Anlage 5 - Ausländische Staatsbürger/Staatenlose Anlage 6 - Erklärung zum Bezug von Leistungen aus dem Ausland Anlage 7 - Angaben bei Familienversicherung Sonstige Anlage (weitere Personen/persönliche Erklärung)**12. Sonstige ergänzende Angaben/Persönliche Erklärung** (ggf. Zusatzblatt verwenden)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch, Betrug) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil) bin ich unterrichtet worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Hilfe übergeleitet werden können und dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte usw. auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich vor Aufnahme der Arbeit dem Sozialhilfeträger mitteilen.

Nach § 5 Abs. 5 SGB XII werden die Aufgaben der Schuldnerberatung in der Stadt Trier durch Verbände der freien Wohlfahrtspflege wahrgenommen. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Schuldnerberatung ist für Empfänger von laufenden Leistungen nach dem SGB XII Bestandteil des Leistungsanspruchs im Rahmen der Einzelfallhilfe, wobei die individuelle Anspruchsprüfung den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege obliegt.

Bei Inanspruchnahme dieser Schuldnerberatungsstellen zur Regulierung meiner finanziellen Verhältnisse und Beratung in Schuldsituationen erteile ich mein Einverständnis, dass die Inanspruchnahme dieser Dienstleistung von den Beratungsstellen gegenüber dem Sozialhilfeträger mitgeteilt werden kann.

Ich möchte zusätzlich den Bescheid auch in Leichter Sprache erhalten.

Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift Ehegatte/Partner/in
-------	-------------------------------	----------------------------------