



**Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe in Einrichtungen nach SGB XII**  
**Antrag auf Gewährung von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**  
**hier: Hilfe in Alten- und Pflegeheimen**

**Leistungen in Einrichtungen**

Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen

Dauerpflege       Kurzzeitpflege       Verhinderungspflege       Tagespflege

Name und Ort der Einrichtung \_\_\_\_\_

Aufnahmetag bzw. voraussichtlicher Aufnahmetag \_\_\_\_\_

Pflegegrad     1     2     3     4     5

Pflegegraderhöhung wurde beantragt     ja     nein

**Antragsteller\*in**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ – Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Geburtsort und –kreis \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Haben Sie vorher schon Arbeitslosengeld II oder sonstige Leistungen nach SGB II bezogen?**

Wenn ja, von welcher Behörde: \_\_\_\_\_

Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt?

nein  ja – ausgestellt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Az. \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_ (bitte Kopie beifügen)

beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft?

nein  eingeleitet am \_\_\_\_\_

ja, Name, Anschrift \_\_\_\_\_

Bestellung durch Amtsgericht \_\_\_\_\_

(Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen)

### **Aufenthaltsverhältnisse**

Aufenthalt der letzten 2 Monate **vor** der Aufnahme in die Einrichtung:

von	bis	Straße, Ort
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Erfolgte die Einreise aus dem Ausland?

nein  ja, am \_\_\_\_\_ aus \_\_\_\_\_  
(Zeit und Ort des Grenzübertritts)

Wurde nach dem Grenzübertritt Sozialhilfe bezogen?

nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zahlende Stelle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Prüfung der Ansprüche nach Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

Bestehen Ansprüche nach dem BVG oder analog anzuwendender Gesetze (z. B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Bundesseuchen-, Opferentschädigungsgesetz)?

nein  ja, als  Beschädigte/r  Hinterbliebene/r (Witwe/r, Waise)  
(Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Hat ein/e Familienangehörige/r (Eltern, Ehegatte, sonstige/r Angehörige/r in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen? Sind durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige vorhanden?

nein  ja, Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_  
(Bitte Kopie des Bescheides des Versorgungsamtes beifügen)

## Ansprüche gegen Dritte

Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Vers.-Nr.

Rentner/in  privat versichert  freiwillig versichert  nach § 264 SGB V

Keine Krankenversicherung seit: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Letzte Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Wurde Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten oder ein Anspruch gegen eine Berufsgenossenschaft geltend gemacht (nur ausfüllen, wenn die Behinderung oder das Leiden auf einen Unfall, eine andere schadenersatzpflichtige Handlung oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist – ggf. bitte kurze Sachverhaltschilderung auf einem Beiblatt abgeben)?

nein  ja am \_\_\_\_\_ gegen \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)?

nein  ja \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Ansprüche (z. B. Unterhaltsansprüche, Wohnrecht, Pflegerecht, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. – wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungsnummer und Anschrift des/der Verpflichteten angeben)?

nein  ja \_\_\_\_\_

Bestattungsvorsorge:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Versicherungssumme: \_\_\_\_\_

Bitte entsprechende Belege beifügen

Mitglied einer Lebens-/Sterbegeldversicherung:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Versicherungssumme: \_\_\_\_\_

Beginn der Versicherung: \_\_\_\_\_

Rückkaufwert: \_\_\_\_\_

Ablaufdatum: \_\_\_\_\_

**Angehörige (Ehegatte, Kinder und Eltern)**

	1	2	3	4	5
Name, ggf. Geburtsname					
Vorname					
Geb.-Datum					
Straße					
Hausnummer					
PLZ					
Wohnort					
Verwandtschafts- verhältnis					
ausgeübter Beruf					
Arbeitgeber					
Jahresbrutto- einkommen über 100.000 €	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 <input type="checkbox"/>

**Erklärung der nachfragenden Person oder der gesetzlichen Vertretung (Betreuer\*in):**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

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

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfall noch eine besondere Erklärung notwendig.

**Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I).** Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der nachfragenden Person  
bzw. der gesetzlichen Vertretung (Betreuer\*in)

**Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Anlage E:

#### **Erklärung über die Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und ggf. Ehegatte (Bitte Belege beifügen!)**

Name des/der Einkommensbeziehers/in	Einkommensart	Betrag in €	zahlende Stelle	Aktenzeichen ggf. mit Postabrechnungsnummer

Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

nein  ja, und zwar

beantragte Leistung

Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:

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

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

#### **Kosten der Unterkunft (falls erforderlich, bitte gesondertes Beiblatt verwenden)**

Monatliche Miete \_\_\_\_\_ Mietnebenkosten \_\_\_\_\_ Art der Nebenkosten \_\_\_\_\_

Höhe der jährlichen Belastungen bei Haus-/Wohnungseigentum (bitte Belege beifügen) \_\_\_\_\_

Besteht ein Wohngeldanspruch  nein  ja, mtl. Höhe \_\_\_\_\_ Wohngeldnummer \_\_\_\_\_

Lebt die nachfragende Person mit anderen als im Antrag (Angabe über unterhaltspflichtige Angehörige) genannten Personen in häuslicher Gemeinschaft?

nein  ja, mit \_\_\_\_\_

#### **Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen:)**

	nachfr. Person	Ehegatte	1.	2.	3.
Beiträge zu Berufsverbänden					
Beiträge für Versicherungen					
Art:					

## Anlage V:

### **Erklärung über die Vermögensverhältnisse**

(der nachfragenden Person und ggf. Ehegatte)

- a) Bargeld und Guthaben auf Girokonto, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen des/der Hilfesuchenden handelt, bitte Bezeichnung des/der Eigentümers/in wie oben angeben)

Konto-Nr./Vertrags-Nr.:	Betrag	Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmen, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben – E)
-------------------------	--------	---

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen)

- b) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien)

\_\_\_\_\_

- c) Hausgrundstück, Wohnungs-, Stockwerkseigentum etc.:

Anschrift \_\_\_\_\_

Ggf. Anzahl der Wohnungen \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Grundstücksgröße in qm \_\_\_\_\_

Gemarkung/Flur/Flurstück-Nr. \_\_\_\_\_

- d) Sonstiger Grundbesitz:

Art, Lage, Verkehrswert \_\_\_\_\_

Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr. \_\_\_\_\_

- e) Sonstiges Vermögen (z. B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, fällige Erbschaftsansprüche):

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

### **Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)**

kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.

folgendes Vermögen  veräußert  übertragen  verschenkt

Bezeichnung	Wert	Datum	an (Name, Anschrift)
-------------	------	-------	----------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wurde jemals auf die Geltendmachung einer dinglich gesicherten Forderung verzichtet (Wohnrecht, Nießbrauch, etc.) oder wurde sie auf einen Dritten übertragen?

**(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen)**