

3. Fallen für Sie Unterkunftskosten an? ja nein

Wenn ja, füllen Sie bitte die Anlage KdU aus

4. Verfügen Sie über Einkommen? bitte füllen Sie immer die Anlage Einkommen aus

5. Verfügen Sie über Vermögen? bitte füllen Sie immer die Anlage Vermögen aus

6. Bestehen Unterhaltsansprüche:

Leben Ihre Eltern in Deutschland?

ja nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte die Kontaktdaten (vollständiger Name, Geburtsdatum und Anschrift mit)

Sind Sie verheiratet/getrennt lebend oder geschieden

ja nein

Wenn ja, füllen Sie bitte die Anlage Unterhalt Punkt 6.1 aus

Haben Sie Kinder und leben diese in Deutschland?

ja nein

Wenn ja, füllen Sie bitte die Anlage Unterhalt Punkt 6.2 und 6.3 aus

7. Bankverbindung des/der Antragstellers/in

Name des Kontoinhabers	
Name der Bank	
IBAN	
BIC	

Hinweis:

Um eine möglichst schnelle Bearbeitung Ihres Antrages zu ermöglichen, bitten wir Sie, diesem Antrag alle erforderlichen Unterlagen beizufügen. (z. B: Rentennachweise, Einkommensnachweise; Kontoauszüge, Sparbücher, Mietvertrag etc.)

Erklärung des Hilfesuchenden (oder des gesetzlichen Vertreters für den Hilfesuchenden):

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 Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Hierzu zählen auch die **Abwesenheit während Urlaubsaufenthalten und stationären Behandlungen in Kliniken oder Kur- und Reha- Einrichtungen**

Ich ermächtige ebenfalls das Geldinstitut, an das Leistungen überwiesen wurden, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers zurück zu überweisen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB I) bin ich verpflichtet, diejenigen Ärzte, die mich 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.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht bei der Bearbeitung dieses Antrages nach § 60 SGB I, 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.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Vorgelesen, genehmigt und unterschrieben		
_____ (Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. seines gesetzlichen Vertreters, falls er Antragsteller ist)		_____ (Unterschrift des Ehegatten/ Partners)
Wenn Antragsteller und Hilfesuchender nicht identisch sind, Name und Anschrift des Antragstellers angeben:		
_____ (Name, Vorname)	_____ (Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	_____ (Unterschrift)
Antrag aufgenommen von:		
_____ (Name in Druckbuchstaben)	_____ (Unterschrift)	