

Datum der Antragstellung/ Bekanntgabe des Bedarfs:
Abgabefrist:



A n t r a g

auf Gewährung von existenzsichernden Leistungen für Personen in besonderen Wohnformen nach § 42 a Abs. 2 SGB XII

- existenzsichernde Leistungen nach dem 3. Kap. bzw. 4. Kapitel SGB XII
- Mehrbedarf (z.B. für Ernährung; wegen Merkzeichen „G“; für Mehraufwendungen bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung; werdende Mütter; Alleinerziehung)
- Erstausstattungen für Wohnung Bekleidung

1. Persönliche Angaben

	Leistungsberechtigte/ Antragsteller
Familienname (auch Geburtsname)	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort/Land	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	ledig verheiratet. verwitwet geschieden getrennt lebend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
liegt anerkannte Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls „ja“:	Prozentsatz _____ %; Merkzeichen G : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde Anerkennung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja; Pflegegrad _____
Telefon-Nr. Antragsteller	
Steuer-ID	
Angaben zu Betreuer/ Bevollmächtigten	
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon-Nr. Betreuers oder Bevollmächtigten	

2. Angaben zur Wohnung

Wohnadresse vor Aufnahme in die Einrichtung (bei Übergang von einer Einrichtung in eine andere bitte Angabe der Adresse vor Aufnahme in die erste Einrichtung):

Wohnort: _____ Straße: _____ Nr. _____

aktueller

Wohnort: _____ Straße: _____ Nr. _____

Angaben zur Einrichtung/ Vermieter	
Name der Einrichtung	
Straße	
Wohnort	
Bankverbindung	IBAN: _____ BIC: _____
Name der Bank	

Sofern die Leistungshöhe ausreicht, bitte ich ausdrücklich darum, die Unterkunftskosten direkt an die Einrichtung/Vermieter auszuzahlen: ja nein

Die weiteren Angaben sind in der Anlage „Mietkostenbescheinigung“ durch die Einrichtung/ Vermieter einzutragen.

3. Krankenversicherung

Krankenkasse Name:	
Versicherungsnummer:	
Pflichtversicherung	als Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> ; Rentner <input type="checkbox"/> ; Familienversichert <input type="checkbox"/>
freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beitrag _____ € / mtl.
privat versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beitrag _____ € / mtl.
sonstige Krankenversicherung (auch Auslandskrankenversicherung)	
Angemeldet nach § 264 SGB V (wenn „ja“, bitte Versicherungsverlauf mit Angabe der Krankenkasse(n) beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
keine Krankenversicherung	seit: _____ Gründe: _____
letzte Krankenversicherung	

4. Vermögen

Verfügen Sie über Vermögenswerte im In- oder Ausland? ja nein
(z. B. Haus-/Grundstückseigentum, Bausparvertrag, Sparguthaben, Lebensversicherung etc.)

Genauere Ausführungen und Angaben sind in der **Anlage V** einzutragen und entsprechende Nachweise/Belege beizufügen.

5. Einkommen

Mit welchen finanziellen Mitteln haben Sie **vor Antragstellung** Ihren Lebensunterhalt bestritten?
(ggf. auch Angabe von Behörden wie Rententräger, Arbeitsamt o ä.)

--

aktuelle Einkommen	Einkommensart	Betrag	Aktenzeichen
Erwerbseinkommen (auch WfbM)		€	
Kindergeld		€	Kindergeldnummer:
Unterhalt		€	Unterhaltspflichtiger:
Rente (auch private Renten bzw. Betriebsrenten)	Rentenart:	€ € €	Versicherungsnummer:
Krankengeld		€	
Mieteinnahmen		€	
sonstige Einkünfte (Art angeben)		€ € €	

6. Haben Sie Abzüge vom Einkommen (Versicherungen, Fahrtkosten etc.) ja nein (bitte Nachweise beifügen – Beitragsrechnung, Kontoauszüge, Fahrkarte etc.)

Beiträge zu privaten Versicherungen (z. B. Hausrat-, Haftpflicht-, Unfallversicherung)	Art der Versicherung	Jahresbeitrag
		€
		€
		€
Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Einkommens (z.B. Fahrtkosten)	Art der Ausgabe	mtl. Aufwendungen
		€
		€

**7. Unterhaltsansprüche gegen Angehörige
(geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten, Kinder, Eltern)**

Mutter ist verstorben Vater ist verstorben

Ich habe _____ Kinder Ich bin kinderlos

	1	2	3	4	5
Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Verwandtschafts- verhältnis zum Antragsteller					
Wohnort, PLZ Straße, Nr.					
Beruf					
Art der Rente (wenn Renten- empfänger)					

8. Begründung des Antrages

9. Bankverbindung des/der Antragstellers/in

Name der Bank/Sparkasse	
IBAN	
BIC	

10. Gültige vorgelegte Ausweispapiere des Antragsstellers :

Art und Nummer	
Ausstellende Behörde	

11. Angaben bei ausländischer Staatsangehörigkeit :

Herkunftsland und Adresse	
Tag und Ort der Einreise	
Zweck der Einreise	
Zeiträume und Orte der bisherigen Aufenthalte im Bundesgebiet	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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.

Bitte beantworten Sie auch alle Fragen vollständig

12. Erklärung des Hilfesuchenden (oder des gesetzlichen Vertreters):

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, Betriebskostenguthaben 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). Das Gleiche gilt, wenn die Hilfsbedürftigkeit bis zum o.g. Zeitpunkt nicht nachgewiesen wurde.

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.

<hr/> (Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. des gesetzlichen Vertreters)	Datum der Antragsaufnahme (von der Behörde auszufüllen): <hr/>
Antrag aufgenommen von: <hr/> (Name in Druckbuchstaben)	<hr/> (Unterschrift)

zurücksenden an:

An den
Kreisausschuss
des Kreises Groß-Gerau
- Soziale Sicherung –
Wilhelm-Seipp-Straße 4
64521 Groß-Gerau