

Datum der Antragstellung/ Bekanntgabe des Bedarfs:
Abgabefrist:



## A n t r a g

### auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch SGB XII für EU-Bürger

Überbrückungsleistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 3 SGB XII

Darlehen nach § 23 Abs. 3 a SGB XII für angemessene Rückreisekosten in das Heimatland

#### 1. Persönliche Angaben

1. a)	Leistungsberechtigte/ Antragsteller	Ehegatten/ Lebenspartner (auch des gesch. o. getrennt lebenden)
Familienname (auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort/Land		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit		
Familienstand	ledig verh. verwitw. gesch. getr. lebend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ledig verh. verwitw. gesch. getr. lebend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tag der Einreise		
Adresse im Heimatland		
Haben Sie, Ihr Ehepartner oder ggf. weitere Familienmitglieder innerhalb der letzten 2 Jahre die beantragten Leistungen in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche Leistungen? _____ (Höhe und Art) wann? _____ von welcher Behörde? _____	
Telefon-Nr. Antragsteller		
E-Mail-Adresse Antragsteller		

**1. b) Gültige vorgelegte Ausweispapiere des Antragstellers/ der Antragstellerin:**

Art und Nummer	
Ausstellende Behörde	

**2. Weitere Familienmitglieder:**  ja  nein

Familienname und Vorname (auch Geburtsname)	Geschlecht	Geburts-Datum	Ort	Familien-stand	Stellung zum Antragsteller	Staatsangehörigkeit	Status bei Ausländern

**3. Angaben zur Wohnung:**

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

- Mietwohnung  
 Eigenheim (Eigentumswohnung/ eigenes Haus);  
 zur Untermiete bei \_\_\_\_\_ möbliert/ unmöbliert (unzutreffendes streichen)  
 Übernachtungsheim (Diakonisches Werk)  
 Notunterkunft  
 Gemeinschaftsunterkunft

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

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

**4. 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 Auslandsrankenversicherung)	
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	

**5. Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?**

Leistungsbezug nach dem AsylbLG, Sozialhilfe oder Leistungen nach SGB XII?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom Behörde in
Az.:	von bis

**6. Begründung des Antrages**

--

**7. Bankverbindung des Antragstellers /der Antragstellerin auf welche die Leistungen überwiesen werden sollen**

Name der Bank/Sparkasse	
IBAN	
BIC	
Abweichender Kontoinhaber	

**WICHTIGE HINWEISE:**

Mit der Antragstellung erkläre ich mich bereit, in mein Heimatland zurück zu kehren, da ich nur dann einen Anspruch auf die von mir beantragten Leistungen habe.

Die Leistungen für die Rückreise nehme ich als Sachleistung in Form eines Reise-Tickets in mein Heimatland in Anspruch.

Aufgrund meines Antrags erkläre ich mich bereit, das Darlehen, unabhängig von der Inanspruchnahme, zurück zu zahlen.

**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.

Datum: _____	Datum: _____
<b>(Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. des gesetzlichen Vertreters)</b>	<b>(Unterschrift des Ehegatten/ Lebenspartners)</b>
Datum der Antragsaufnahme/ Erhalt des Antrags (von der Behörde auszufüllen):	Antrag aufgenommen von (von Behörde auszufüllen):
_____	_____
(Datum/ Eingangsstempel)	(Name in Druckbuchstaben)
	_____
	(Unterschrift)

zurücksenden an:

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