

Datum der Antragstellung/ Bekanntgabe des Bedarfs:
Abgabefrist:



A n t r a g
auf Gewährung von Leistungen für nach dem
Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII)

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel) bzw. Grundsicherung (4. Kapitel) SGB XII
- Mehrbedarf (z.B. für Ernährung; wegen Merkzeichen „G“; für Mehraufwendungen bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung; werdende Mütter; Alleinerziehung)
- Erstaussstattungen für Wohnung Bekleidung
- Hilfen zur Gesundheit Hilfe zur Pflege
- Hilfe in anderen Lebenslagen: _____ Hilfe für Haushaltshilfe _____
- Übernahme von Mietrückständen / Stromrückständen oder sonstiger Schulden
- Hilfe zum notwendigen Lebensunterhalt in Einrichtung _____
- Bildung und Teilhabe (Mittagessen in Kiga/Schule, Lernförderung, Vereinsbeiträge, etc.)

1. Persönliche Angaben

1. a)	Leistungsberechtigte/ Antragsteller
Familienname (auch Geburtsname)	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort/Land	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit (Status lt. Pässeintrag bei Ausländern)	
Familienstand	ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Steuer-ID	
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	
E-Mail-Adresse Antragsteller	

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

Art und Nummer	
Ausstellende Behörde	

1. c)	Angaben zu Betreuer/ Bevollmächtigten
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon-Nr. Betreuer oder Bevollmächtigte	
E-Mail-Adresse. Betreuer oder Bevollmächtigte	

2. Angaben weiterer Personen im gemeinsamen Haushalt

Familienname und Vorname (auch Geburtsname)	Ge- schlecht	Geburts- Datum	Ort	Familien- stand	Stellung zum Antrag- steller	Staatsange- hörigkeit	Status bei Ausländern

Sofern hier eine Schwerbehinderung oder Pflegebedürftigkeit vorliegt, führen Sie dies bitte unter dem Punkt „9. sonstige Hinweise“ am Ende des Antragsformulars auf.

3. Angaben zur Wohnung

PLZ/Wohnort:	Straße/Haus-Nr.:
--------------	------------------

- Mietwohnung
 Eigenheim (Eigentumswohnung/ eigenes Haus);
 zur Untermiete bei _____ möbliert/ unmöbliert (unzutreffendes streichen)
 es liegt ein betreutes/ ambulant betreutes Wohnen vor - bitte Bescheid beifügen -

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

**Sofern die Leistungshöhe ausreicht, besteht die Möglichkeit, dass die Unterkunftskosten direkt an die Vermietenden ausgezahlt werden.
Sollten Sie das wünschen, teilen Sie uns dies bitte schriftlich mit.**

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

Bei **stationärer Einrichtung** oder **bei ambulanten betreuten Wohnen**
 Wohnadresse vor Aufnahme in die Einrichtung (bei Übergang von einer Einrichtung in eine andere
 bitte Angabe der Adresse vor Aufnahme in die **erste Einrichtung**):

PLZ/ Wohnort: _____ Straße: _____ Nr. _____

3. a) Wurde die Miete bereits vom Kommunalen Jobcenter gesenkt? ja nein

3. b) Es besteht ein Mietrückstand von _____ € für Monat/e _____
 Das Mietverhältnis ist gekündigt (Bitte Kündigung beifügen)
 Räumungsklage ist eingereicht (Bitte Klageschrift beifügen)
 Droht Wohnungslosigkeit?
 ja nein, weil _____

3. c) Ich habe **Wohngeld / Lastenzuschuss** beantragt: ja nein
 Ich erhalte **Wohngeld / Lastenzuschuss** in Höhe von monatlich _____ €
 Bewilligungsbescheid vom _____
 für die Zeit von _____ bis _____.

4. Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenkasse Name:	
Versicherungsnummer:	
Pflichtversicherung	als Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> ; Rentner <input type="checkbox"/> ; Familienversichert <input type="checkbox"/>
freiwillig krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beitrag _____ € / mtl.
privat krankenversichert	<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	
Private Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beitrag _____ € / mtl.
Name der priv. Pflegeversicherung	
Versicherungsnummer	

5. Vermögen

Zur Prüfung der Vermögensverhältnisse von allen Personen der Bedarfsgemeinschaft füllen Sie bitte die **Anlage V** aus.
 Diese ist grundsätzlich Bestandteil des Antrags.

6. Einkommen

Zur Prüfung der Einkommensverhältnisse von allen Personen der Bedarfsgemeinschaft füllen Sie bitte die **Anlage E** aus.
 Diese ist grundsätzlich Bestandteil des Antrags.

**7. Angaben zu Unterhaltsansprüche gegen Angehörige
(geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten, Kinder, Eltern)**

Ich bin getrennt lebend/geschieden

Ich bin ledig

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)					
Einkommen ver- mutlich über 100.000,00 €	<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

8. Begründung des Antrages

9. sonstige Hinweise

**10. Bankverbindung des/der Antragstellers/in,
auf welche die Leistungen überwiesen werden sollen**

Unterliegt das Konto einer Pfändung

ja

nein

Das Konto ist ein Pfändungsschutzkonto

ja

nein

Name der Bank/Sparkasse	
IBAN	
BIC	
Abweichender Kontoinhaber	

Globale Beantragung von Leistungen für Bildung und Teilhabe

Leistungen für Bildung und Teilhabe werden hiermit für die berechtigten Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft dem Grunde nach zur Wahrung der Ansprüche global beantragt.

Mir ist bekannt, dass damit bei Erfüllung der erforderlichen Voraussetzungen die Leistungen ab dieser Antragstellung bis zum Ablauf des Bewilligungszeitraumes über den Bezug von Leistungen nach dem SGB XII (Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) grundsätzlich gewährt werden können. Mir ist weiterhin bekannt, dass zusätzlich zu der globalen Beantragung der genaue Bedarf für jedes berechnete Mitglied der Bedarfsgemeinschaft gesondert und in der Regel mit dem dafür vorgesehenen Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe konkret geltend gemacht werden muss; über die abschließende Entscheidung ergeht für jeden Bedarf ein entsprechender Bescheid.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass auf die globale Beantragung keine Entscheidung und deshalb auch kein gesonderter Bescheid ergeht. Ich habe ferner zur Kenntnis genommen, dass der Globalantrag seine Gültigkeit verliert, sofern tatsächlich kein konkreter Bedarf bis zum Ende des Bewilligungszeitraumes geltend gemacht wird.

Mir ist bekannt, dass die konkrete Geltendmachung der Bedarfe für das gemeinschaftliche Mittagessen sowie die Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben nicht notwendig ist; hier werden ohne zusätzliche Beantragung bei einer Bewilligung von SGB XII-Leistungen automatisch Kostenübernahmeerklärungen ausgehändigt

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 alle Fragen vollständig

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 Betrug es 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: _____
(Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. des gesetzlichen Vertreters)	(Unterschrift des Ehegatten/ Lebenspartners)
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