

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Zusatzblatt für die Personen 4-6

Beantragte Hilfe

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> Hilfe im Frauenhaus |
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für behinderte Menschen | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | <input type="checkbox"/> Kriegsopferfürsorge |
| <input type="checkbox"/> Bestattungskosten für _____
<small>(Verstorbene/r)</small> | <input type="checkbox"/> Sonstige Hilfen in Form von _____ |

Zum Antrag von

Name, Vorname des Haushaltsvorstands

V. Persönliche Verhältnisse

1. Name (ggf. Geburtsname angeben)			
2. Vornamen			
3. Geburtsdatum und Geburtsort			
4. Staatsangehörigkeit			
→ nur bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Duldung gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gültig bis _____	<input type="checkbox"/> Duldung gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gültig bis _____	<input type="checkbox"/> Duldung gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gültig bis _____
5. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit wann: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit wann: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit wann: _____
Wenn geschieden oder getrennt lebend: • Besteht eine Unterhaltsvereinbarung? • Auf Unterhalt wurde verzichtet • Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht • Es wird bereits Unterhalt bezahlt	<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 Höhe: _____ € mtl.	<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 Höhe: _____ € mtl.	<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 Höhe: _____ € mtl.
6. Erwerbsbeschränkt oder arbeitsunfähig Bitte Nachweis (Bescheid oder Gutachten) beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7. Erlernter Beruf			
8. Zuletzt ausgeübter Beruf			

VI. Einkommensverhältnisse der Antragsteller

(Nachweise über Art u. Höhe d. Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenmitteilungen, bzw. Bescheide über Sozialleistungen beifügen)

Kein Einkommen - ODER -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des monatlichen Einkommens	Einkommenshöhe in €	Einkommenshöhe in €	Einkommenshöhe in €
Renten (z.B. Alters-, Knappschafts-, Erwerbsminderungs-, Unfall-, Hinterbliebenenrente, Pensionen, private Renten) Rentenart: _____ Bitte Ausgangsbescheid und aktuelle Rentenmitteilung vorlegen			
Leistungen der Agentur für Arbeit (wöchentliche Leistung) Bitte Bescheid der Arbeitsagentur beilegen			
Leistungen der ARGE (Arbeitslosengeld II) Bitte Bescheid der ARGE beilegen			
Kindergeld Bitte Bescheid der Familienkasse beilegen			
Blindengeld Bitte Bescheid beilegen			
Arbeitseinkommen (auch aus geringfügige Beschäftigung) Bitte Verdienstbescheinigungen der letzten 3 Monate beilegen			
→ Fahrtkosten zum Arbeitsplatz (monatl.)			
→ Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsplatz	_____ km	_____ km	_____ km
sonst. Einkommen: _____			
sonst. Einkommen: _____			

	Person 4	Person 5	Person 6
VII. Vermögenswerte: (bitte jeweils Nachweise beilegen)			
1. Giro- oder Sparkonto Bitte jeweils Bescheinigung über Bankguthaben beilegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
bei Bankinstitut und Kontonummer (Bank 1)			
Kontostand:	€	€	€
bei Bankinstitut und Kontonummer (Bank 2)			
Kontostand:	€	€	€
2. Ich verfüge über Bargeld in Höhe von	€	€	€
3. Haus und Grundbesitz Bitte Grundbuchauszug beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____
1. Vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte: (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege) Bitte Abschrift des Vertrages beilegen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____
5. Spar- und Bausparverträge Bitte Vertrag beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
6. Lebensversicherung Bitte Police und aktuellen Rückkaufswert beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
7. Rentenversicherung Bitte Police und aktuellen Rückkaufswert beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
8. Sterbegeldversicherung Bitte Police beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
9. Kraftfahrzeug Bitte Kopie des Fahrzeugscheins beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____
10. Sonstige Vermögenswerte (z.B. Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.) Bitte Nachweise beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
11. Wurden Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt? (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) Bitte entsprechenden Vertrag oder sonst. Nachweise vorlegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____
→ Wenn ja Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger:			
VIII. Zusätzlicher Mehrbedarf			
1. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G? Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises vorlegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2. Sind Sie voll erwerbsgemindert im Sinne der Rentenversicherung? Bitte Gutachten des Rentenversicherungsträgers bzw. Rentenbescheid beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Sind Sie schwanger? Bitte Kopie des Mutterpasses beilegen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4. Benötigen Sie aufgrund einer Krankheit eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
IX. Nicht geklärte Ansprüche:			
Glauben Sie, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen Sie noch keine Leistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____

	Person 4	Person 5	Person 6
X. Aktuelle Arbeitsverhältnisse:			
Art der Tätigkeit			
Seit			
Name u. Anschrift des Arbeitgebers			
XI. Arbeitslos:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____
Wurden bei der Agentur für Arbeit/ → wurden bei der ARGE → Leistungen beantragt ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____
Wurde ein Antrag abgelehnt? (Bescheid der Agentur für Arbeit/ARGE vorlegen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____
XII. Versicherungen			
Derzeit Mitglied bei welcher Krankenkasse ? Falls Sie derzeit nicht krankenversichert sind: Wo und bis wann waren Sie zuletzt versichert? Bitte Name und Anschrift der Krankenkasse angeben.			
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft Mtl. Beitrag: _____ €	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft Mtl. Beitrag: _____ €	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft Mtl. Beitrag: _____ €
Besteht Rentenanspruch? Ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____
Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden ?	wann: warum:	wann: warum:	wann: warum:
Erhalten Sie Pflegeleistungen der Pflegekasse? Welche Pflegestufe wurde festgestellt? Wurden Pflegeleistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____
Versicherungen: Haftpflichtversicherung Hausratversicherung Glasversicherung Unfallversicherung Rechtsschutzversicherung sonst. Versicherung: _____	Bitte Policen und aktuelle Beitrags- abrechnungen beilegen Vers. Gesellschaft Beitrag jährl. _____ _____ _____ _____ _____	Vers. Gesellschaft Beitrag jährl. _____ _____ _____ _____ _____	Vers. Gesellschaft Beitrag jährl. _____ _____ _____ _____ _____
XIII. Sonstiges			
Schulden: Art, Grund, Höhe			
Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen? Wo und in welchem Zeitraum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____
Wann, woher und aus welchem Grund in den Landkreis Bad Tölz-Wolfratsh. zugezogen?			
Bei Übertritt aus dem Ausland: → Tag und Ort des Grenzübertrittes → Zeitraum und Ort des Lageraufenthaltes			
Bei Heim- oder Einrichtungsunterbringung (Aufnahme in ein Heim oder eine Einrichtung): → Wo waren Wohnung und Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung?			
Bei Entlassung aus einem Heim oder einer Einrichtung: → Wo und bis wann war der Hilfesuchende in einem Heim oder einer Einrichtung? → Wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt?			

