

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

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"/> Kriegsofferfürsorge |
| <input type="checkbox"/> Bestattungskosten für _____
(Verstorbene/r) | <input type="checkbox"/> Sonstige Hilfen in Form von _____ |

Hinweis:

Die mit diesem Vordruck erfragten Daten werden aufgrund der §§ 60 bis 65 des Sozialgesetzbuches I (SGB I) erhoben. Sie beschleunigen die Bearbeitung, wenn Sie den Antrag vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen/ausfüllen und Nichtzutreffendes streichen.

- Auszufüllen sind jeweils die **weißen** Felder. -

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?

I. Personen in der Bedarfsgemeinschaft

(= Antragsteller und Ehegatte, Partner in eheähnlicher Gemeinschaft, Partner in eingetragener Lebensgemeinschaft, Kinder, Eltern bei minderjährigen Kindern)

Bitte Personalausweise vorlegen.

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Haushaltsvorstand	Anschrift:
1			= Haushaltsvorstand	
2				
3				
4				Tel:
5				Fax:
6				- Hinweis: Ab 4. Person bitte Zusatzblatt verwenden! -

II. Leben weitere Personen in der Wohnung? - wenn noch nicht unter I. genannt - nein ja, folgende:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller	Anmerkung:

Lebt eine der o.g. Personen in Haushaltsgemeinschaft mit einem Lebensgefährten?

Nein Ja, Nr. _____ → mit wem? (Name, Geburtsdatum) _____

(Gem. § 20 SGB XII dürfen Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, hinsichtlich der Voraussetzungen und des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten. Eine eheähnliche Gemeinschaft führen Sie, wenn Ihre Beziehung auf Dauer ausgelegt ist und über die reine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgeht, also wenn Sie füreinander eintreten und innere Bindungen bestehen.)

Ist eine oder mehrere der o.g. Personen Kriegsbeschädigte(r) oder Kriegshinterbliebener?

Nein Ja, Nr. _____

Ist eine oder mehrere der o.g. Personen Spätaussiedler?

Nein Ja, Nr. _____ In die BRD eingereist am: _____ (Bitte Aufnahmebescheid in Kopie beifügen)

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts

1. - Nur bei Antrag auf Grundsicherungsleistungen: -

1.1. Berufe Ihrer Eltern/Kinder:

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Beruf

1.2. Verfügt eines Ihrer Kinder oder verfügen Ihre Eltern zusammen vermutlich über ein jährliches Einkommen von über 100.000 €?

Nein Ja → - Bitte entsprechende Daten unter III.2 eintragen -

2. Bei allen anderen Hilfen (bzw. wenn unter III.1.2. „Ja“ angekreuzt wurde)

- Anzugeben sind Eltern, volljährige Kinder, Ehegatten (auch wenn getrennt lebend, geschieden oder verstorben) aller unter Ziffer I. genannten Personen -

Name, Vorname	Geb.-Dat.	Verwandtschaftsverhältnis zu den Hilfesuchenden	Anschrift (Straße, Hausnr., Wohnort)	Erhalten Sie Unterhaltszahlungen?
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ €
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ €
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ €

3. Falls eine der unter I. genannten Personen ein nichteheliches Kind ist:

→ Bitte Kopie der Unterhaltsurkunde beifügen

Name, Vorname des Kindes	Name, Vorname des Vaters	Geb.-Dat. des Vaters	Geb.-Ort des Vaters	Anschrift des Vaters	Regelunterhalt pro Monat	Tatsächlich bezahlter Unterhalt

IV. Unterkunftskosten:

- bitte zutreffende Spalte ausfüllen -

Miete

→ Bitte Mietvertrag/Heimvertrag bzw. aktuelle Mietbescheinigung beifügen!

Der Hilfesuchende	Wohnfläche: _____ m ²
<input type="checkbox"/> ist Mieter	Anzahl Wohnräume: _____
<input type="checkbox"/> ist Untermieter	
<input type="checkbox"/> wohnt mietfrei	

Ausstattung der Wohnung:

unmöbliert teilmöbliert vollmöbliert

Ich lebe in der Wohnung seit: _____

Die monatliche Miete beträgt:

Kaltmiete	€
Heizkosten	€
Betriebskosten	€

Weitere Kosten, sofern sie in der Miete enthalten sind:

Garage	€
Kabelgebühr	€
Möbliering	€
Strom (wenn in der Miete enthalten)	€
Sonstiges, und zwar: _____	€
= Gesamtmiete (lt. Mietvertrag)	€

Wohneigentum

→ Bitte Grundbuchauszug und Formblatt Hauseigentum beifügen!

Der Hilfesuchende ist **Eigentümer**

- einer Eigentumswohnung
 eines Einfamilienhauses
 eines Mehrfamilienhauses

Grundstücksgröße: _____ m²

Wohnfläche: _____ m²,
davon selbst genutzt: _____ m²

Anzahl Wohnräume: _____

Die monatlichen Lasten betragen:

Müll, Wasser, Kanal	€
Grundsteuer	€
Kaminkehrer, Brandvers. usw.	€
Heizkosten	€
Zinsen (bei Schuldverbindlichkeiten)	€
Tilgung (bei Schuldverbindlichkeiten)	€

Wurde die Miete/die Hauslasten für den Antragsmonat bereits bezahlt? Nein Ja

Bestehen Mietschulden bzw. Rückstände bei den Hauslasten? Nein Ja, Höhe: _____ €

Wird die Wohnung/das Haus untervermietet? Nein Ja, Mieteinnahmen mtl. _____ €

Art der Heizung: Zentralheizung keine Zentralheizung ↓
 Holz-/Kohleofen Öl Gas Sonstiges: _____

Fragen zum Wohngeld:

Erhalten Sie bereits Wohngeld/Lastenzuschuss nach dem Wohngeldgesetz? Nein Ja in Höhe von mtl. € _____, bewilligt bis zum _____

Wurde Wohngeld beantragt? Nein Ja, am _____

	Person 1	Person 2	Person 3
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?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
• Auf Unterhalt wurde verzichtet	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
• Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
• 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
	Höhe: _____ € mtl.	Höhe: _____ € mtl.	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. Erlerner Beruf			
8. Zuletzt ausgeübter Beruf			
VI. Einkommensverhältnisse der Antragsteller			
(Nachweise über Art u. Höhe d. Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenmitteilungen, bzw. Bescheide über sonst. 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 (wöchentl. 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 geringf. Beschäftigung) Bitte Verdienstbescheinigungen der letzten 3 Monate beilegen			
→ Fahrtkosten zum Arbeitsplatz (monatl.)			
→ Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsplatz	_____ km	_____ km	_____ km
sonst. Einkommen: _____			
sonst. Einkommen: _____			
sonst. Einkommen: _____			

	Person 1	Person 2	Person 3
VII. Vermögenswerte: (bitte Nachweise beilegen)			
1. Giro- oder Sparkonto Bitte jeweils Bescheinigung über Bankguthaben beilegen bei Bankinstitut und Kontonummer (Bank 1) Kontostand: bei Bankinstitut und Kontonummer (Bank2) Kontostand:	<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. 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: _____
4. 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 → Wenn ja Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger:	<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: _____ _____

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. 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 auf Grund 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 1	Person 2	Person 3
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
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 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? 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 Anstaltsunterbringung (Aufnahme in ein Heim oder eine Anstalt): → Wo waren Wohnung und Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor der Anstaltsaufnahme?			
Bei Entlassung aus einem Heim oder einer Anstalt: → Wo und bis wann war der Hilfesuchende in einem Heim oder einer Anstalt? → Wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor der Anstaltsaufnahme gewohnt?			

Girokonto des Antragstellers für Sozialleistungen:

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____ Bank: _____ Kontoinhaber: _____

Bestehen bei weiteren Geldinstituten Konten/Schließfächer: Nein Ja ↩

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____ Bank: _____ Kontoinhaber: _____

Erklärung des Antragstellers und seines Ehegatten/Partners in der eheähnlichen Gemeinschaft/Partners in der eingetragenen Lebensgemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe.
 Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.
 Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende und dauerhafte Abwesenheit vom Wohnort, Umzug, Krankenhausaufenthalt usw. - auch von Haushaltsangehörigen - unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe.
 Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.
 Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit - soweit für die Hilfgewährung erforderlich - Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte.
 Die Behörden und Bankinstitute ermächtige und beauftrage ich hiermit zur Auskunftserteilung über meine Vermögensverhältnisse; den behandelnden Arzt, die Kliniken und ärztl. Gutachter entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es zur Erfüllung der Aufgaben dieses Amtes erforderlich ist.
 Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung gem. § 67 b SGB X.
 Bei Verweigerung der Einwilligung kann der Antrag gem. §§ 60 ff. SGB X abgelehnt werden.
 Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KfürsV erteilt.

Ort, Datum	Unterschrift d. Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/ Partners in der eheähnlichen Gemeinschaft/ eingetragenen Lebensgemeinschaft
------------	--	---

Bitte Hinweisblatt durchlesen und unterschrieben dem Antrag beilegen.

Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung? Nein Ja
 Name und Anschrift des Betreuers:

Bitte Betreuerausweis beilegen; der Betreuer muss den Antrag unterschreiben!

Stellungnahme der Stadt / Gemeinde:

Der / die Hilfesuchende/n ist/sind hier gemeldet seit: _____

Vorstehende Angaben erscheinen glaubhaft nicht glaubhaft

Die Notlage ist hier am _____ bekannt geworden. Ggf. Unterschrift und Stempel: _____

Person Nr.	Jahr	Lohnsteuerklasse

Die Gemeinde/Stadt hat für folgend unter I. aufgeführte Personen eine Lohnsteuerkarte ausgestellt:

Anmerkungen:

Ort, Datum _____

Unterschrift des Aufnehmenden _____

Mit _____ Anlagen
 an das Landratsamt Bad Tölz-Wolfratshausen,
 Sozialhilfeverwaltung

Antrag im Landratsamt vervollständigt am _____