

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Beantragte Hilfe

Hilfe zum Lebensunterhalt/
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Bestattungskosten für _____
(Verstorbene/r)

verstorben in _____

Hilfe zur Weiterführung des Haushalts

Hilfen zur Gesundheit

Kriegsopferfürsorge

Sonstige Hilfe 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. **Bitte legen Sie die jeweils angegebenen Unterlagen diesem Antrag bei.** Kopien sind in der Regel ausreichend. *Auszufüllen sind bitte 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 eheähnli. Gemeinschaft, Partner in eingetragener Lebensgem., Kinder, Eltern bei minderjährigen Kindern)

Bitte Personalausweise oder Pässe vorlegen.

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Haushaltsvorstand	Anschrift:
1			= Haushaltsvorstand	
2				
3				
4				Tel:
5				Fax:
6				- Hinweis: Ab 4. Person bitte Zusatzblatt für die Personen 4-6 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 einer/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 einstehen und innere Bindungen bestehen.)

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

Nein Ja, Nr. _____ → Bestehen hieraus noch nicht entschiedene Ansprüche? Nein Ja

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt. Damit stimme ich zu, dass Leistungen der Kriegsopferfürsorge von Amts wegen an mich geleistet werden können.

III. Unterhaltungspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts

1. Berufe Ihrer Eltern und Ihrer Kinder:

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Beruf

2.1 Meine Eltern sind bereits verstorben: Nein Ja

2.2 Ich habe keine Kinder

3. Falls eine der unter I. genannten Personen ein Kind ist und ein Elternteil oder beide Eltern nicht im Haushalt lebt/leben:

→ Bitte Kopie der Unterhaltsurkunde beifügen

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

IV. Unterkunftskosten:

- bitte zutreffende Spalte ausfüllen -

Miete → Bitte Mietvertrag und ggf. aktuelle Mietbescheinigung beifügen! **Wohneigentum** → Bitte Formblatt Hauseigentum und Grundbuchauszug beifügen!

Der Hilfesuchende
 ist **Mieter**
 ist **Untermieter**
 wohnt **mietfrei**

Wohnfläche: _____ m²
 Anzahl Wohnräume: _____

Ausstattung der Wohnung:
 unmöbliert teilmöbliert vollmöbliert

Ich lebe in der Wohnung seit: _____

Die (aktuelle) monatliche Miete beträgt seit _____ :

Kaltmiete	€
Heizkosten	€
Betriebskosten	€

Weitere Kosten, sofern in der Miete enthalten:

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

Der Hilfesuchende ist **Eigentümer/Miteigentümer**
 einer Eigentumswohnung
 eines Einfamilienhauses
 eines Mehrfamilienhauses
 diese/s wird vom Hilfesuchenden selbst bewohnt

Grundstücksgröße: _____ m²

Wohnfläche: _____ m²,
 davon selbst genutzt: _____ m²

Anzahl Wohnräume: _____

Die monatlichen Lasten betragen: Bitte belegen

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

Wurde/n 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 Strom (Nachtspeicher) Nah-/Fernwärme
 Wärmepumpe Sonstiges: _____

Art der Warmwasserbereitung: über Zentralheizung durch Elektroboiler ↓ ↓ sonstiges, nämlich _____
 in der Küche im Bad

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
V. Persönliche Verhältnisse		
Name (ggf. Geburtsname angeben)		
Vorname(n) <i>Rufnamen bitte unterstreichen</i>		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
→ nur bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/ Fiktionsbescheinigung gültig bis _____	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/ Fiktionsbescheinigung gültig bis _____
Aufenthaltstitel (diesen finden Sie in der Regel in Ihrem Pass)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit wann: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene 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 Scheidungsurteil und/oder 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 <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.
Name und Anschrift des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten		
Erwerbsbeschränkt oder arbeitsunfähig Nachweis (vollständiger Rentenbescheid/Gutachten)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bei Kindern: Besuchte Schule und Jahrgangsstufe		
Wird aktuell eine Ausbildung absolviert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
VI. Einkommen		
Kein Einkommen - ODER -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des monatlichen Einkommens	Einkommenshöhe in €:	Einkommenshöhe in €:
Renten (bitte alle vorhandenen Renten auflisten) (z.B. Alters-, Knappschafts-, Erwerbsminderungs-, Unfall-, Hinterbliebenenrente, Pension, private Rente, Betriebsrente, ausländische Rente, landwirtschaftliche Rente) Erstbescheid und aktuelle Rentenmitteilung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art: Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art: Höhe:
Leistungen des Jobcenters (Bürgergeld) oder der Agentur für Arbeit Bescheid des Jobcenters/der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art: Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art: Höhe:
Kindergeld Bescheid der Familienkasse	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:
Blindengeld Bescheid	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:
Arbeitseinkommen (auch aus geringfügiger Beschäftigung, in der Werkstatt für behinderte Menschen und aus Zuverdienstprojekten) Verdienstbescheinigungen der letzten 3 Monate	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:
Einkommen aus ehrenamtlicher Tätigkeit Nachweis des Arbeitgebers über Steuerfreiheit nach § 3 Nr. 26 EstG und Verdienstnachweise der letzten 3 Monate	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:
Ausbildungsgeld der Bundesagentur für Arbeit Bescheid	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:
Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung Nachweise (z.B. Mietvertrag)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:
sonst. Einkommen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe:

	Person 1	Person 2
VII. Vermögenswerte: Bitte jeweils die genannten Nachweise beilegen		
Giro- oder Sparkonto Bescheinigung über Bankguthaben je Bank	<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: €	€	€
Bestehen noch weitere Konten oder Schließfächer? Bitte Bankinstitut(e) angeben		
Vorhandenes Bargeld	€	€
Haus und Grundbesitz im In- und Ausland Grundbuchauszug	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____
Vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte: (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege) Vertrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____
Spar- und Bausparverträge Vertrag und aktueller Kontoauszug/Nachweis über aktuell angesparte Beträge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Lebensversicherung Police und aktueller Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Rentenversicherung, auch private Police und aktueller Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Sterbegeldversicherung/ Bestattungsvorsorgevertrag Police	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Kraftfahrzeug Zulassungsbescheinigung (Teil 1)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____
Sonstige Vermögenswerte (z.B. Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen, Antiquitäten usw.) Nachweise (z. B. Verträge, Wertgutachten)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____
Wurden Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt? (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) Vertrag oder sonst. Nachweise	<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 (ggf. auf Beiblatt):		
VIII. Zusätzlicher Mehrbedarf		
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G? Schwerbehindertenausweis oder -Bescheid	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie voll erwerbsgemindert im Sinne der Rentenversicherung? Gutachten des Rentenversicherungsträgers bzw. Rentenbescheid	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie schwanger? Mutterspass	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Benötigen Sie aufgrund einer Krankheit eine kostenaufwändige Ernährung?	<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"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung oder Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung oder Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____

	Person 1	Person 2																												
X. Aktuelle Arbeitsverhältnisse:																														
Art der Tätigkeit																														
Seit																														
Name u. Anschrift des Arbeitgebers																														
XI. Versicherungen																														
A) Derzeit Mitglied bei welcher Krankenkasse ? B) Falls Sie derzeit nicht krankenversichert sind: <u>Wo und bis wann</u> waren Sie <u>zuletzt</u> versichert? C) <u>Bitte Name und Anschrift der Krankenkasse</u> angeben.	A) B) C)	A) B) C)																												
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> familienversichert bei <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung Mtl. Beitrag: _____ €	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> familienversichert bei <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung Mtl. Beitrag: _____ €																												
Besteht ein 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: _____																												
Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden?	Wann: warum:	wann: warum:																												
Haben Sie freiwillige Beiträge in die Rentenversicherung einbezahlt ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Für die Zeit von – bis: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Für die Zeit von – bis: _____																												
Erhalten Sie Pflegeleistungen der Pflegekasse? Welcher Pflegegrad wurde festgestellt? Wurden Pflegeleistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____																												
Versicherungen: Haftpflichtversicherung Hausratversicherung Glasversicherung Unfallversicherung KFZ-Versicherung sonst. Versicherung: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vers. Gesellschaft</th> <th>Beitrag jährl.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.													<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vers. Gesellschaft</th> <th>Beitrag jährl.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.												
Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.																													
Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.																													
XII. Sonstiges																														
Schulden: In welcher Höhe und bei wem?																														
Wann, woher und aus welchem Grund sind Sie in den Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen zugezogen ?																														
Wenn nicht in Deutschland geboren: → Jahr des Grenzübertrittes																														
Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach dem SGB IX? z.B. betreutes Einzelwohnen, Fahrdienst für behinderte Menschen																														
Bei Heim- oder Einrichtungsunterbringung (Aufnahme in ein Heim oder eine Einrichtung): →Wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt?																														
Bei Entlassung aus einem Heim oder einer Einrichtung: → Wo und bis wann waren Sie in einem Heim oder einer Einrichtung? →Wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt?																														

Girokonto des Antragstellers für Sozialleistungen:

IBAN:	Bank:	Kontoinhaber:
-------	-------	---------------

Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto? Nein Ja

Bestehen bei weiteren Geldinstituten Konten/Schließfächer: Nein Ja

IBAN:	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.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter	Unterschrift des Ehegatten/ Partners in der eheähnlichen Gemeinschaft/ Partners in eingetragener Lebensgemeinschaft
------------	---	---

Bitte Hinweisblatt und DS-GVO Informationsblatt 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. Unterschrift und Stempel:

Anmerkungen:

Ort, Datum	Mit _____ Anlagen an das Landratsamt Bad Tölz- Wolfratshausen, - Sozialhilfeverwaltung -
Unterschrift der aufnehmenden Person	

Antrag im Landratsamt vervollständigt am