

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

## Beantragte Hilfe

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt<br><i>(z.B. bei Altersrente vor Erreichen der Rentenaltersgrenze, bei befristeter Erwerbsminderungsrente)</i>                              | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege                  |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung<br><i>(wenn die Altersgrenze für die Altersrente erreicht ist oder bei dauerhafter und voller Erwerbsminderung)</i> | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit             |
| <input type="checkbox"/> Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz  | <input type="checkbox"/> Kriegsofferfürsorge               |
| <input type="checkbox"/> Bestattungskosten für _____<br><small>(Verstorbene/r)</small>  | <input type="checkbox"/> Hilfe im Frauenhaus               |
| verstorben in _____   | <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 und die aufgeführten **hellblau hinterlegten** Unterlagen beilegen.

*Auszufüllen sind jeweils die **weißen** Felder - Ausfüllhinweise sind kursiv gedruckt*

Zum Antrag von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Haushaltsvorstands

	Person <input type="checkbox"/>	Person <input type="checkbox"/>
<b>V. Persönliche Verhältnisse</b>		
1. Name (ggf. Geburtsnamen angeben)		
2. Vorname(n)		
3. Geburtsdatum <u>und</u> Geburtsort		
4. Staatsangehörigkeit		
→ nur bei Ausländern: <b>aufenthaltsrechtlicher Status</b> <small>Bitte Aufenthaltstitel vorlegen (im Pass)</small>	<input type="checkbox"/> Duldung, gültig bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis, gültig seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis, gültig bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Duldung, gültig bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis, gültig seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis, gültig bis <input type="text"/>
5. Familienstand  <small>Ggf. bitte Scheidungsurteil beilegen</small>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit: <input type="text"/>
Wenn <b>geschieden oder getrennt lebend</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Besteht eine Unterhaltsvereinbarung?</li> <li>Auf Unterhalt wurde verzichtet</li> <li>Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht</li> <li>Es wird bereits Unterhalt bezahlt</li> </ul>	<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: <input type="text"/> € 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: <input type="text"/> € mtl.
6. <b>Erwerbsgemindert oder arbeitsunfähig</b> <small>Bitte Nachweis (Bescheid oder Gutachten) beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7. Erlerner Beruf		
8. Zuletzt ausgeübter Beruf		
9. Bei Kindern: Besuchte Klasse		
<b>VI. Einkommensverhältnisse der Antragsteller</b>		
<small>(Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte beilegen, z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenmitteilungen, Bescheide über Sozialleistungen)</small>		
Kein Einkommen <b>ODER</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Art des monatlichen Einkommens</b>	<b>Einkommenshöhe in €:</b>	<b>Einkommenshöhe in €:</b>
<b>Renten</b> <small>(z.B. Alters-, Knappschafts-, Erwerbsminderungs-, Unfall-, Hinterbliebenenrente, Pensionen, private Renten), Rentenart(en): <input type="text"/></small> <small>Bitte Ausgangsbescheid und aktuelle Rentenmitteilung vorlegen</small>		
<b>Leistungen der Agentur für Arbeit</b> <small>Bitte Bescheid der Arbeitsagentur beilegen</small>		
<b>Leistungen des Jobcenters</b> <small>(Arbeitslosengeld II/Sozialgeld) Bitte Bescheid des Jobcenters beilegen</small>		
<b>Kindergeld</b> <small>Bitte Bescheid der Familienkasse beilegen</small>		
<b>Blindengeld</b> <small>Bitte Bescheid beilegen</small>		
<b>Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung</b>		
<b>Arbeitseinkommen</b> <small>(auch aus geringfügiger Beschäftigung oder Zuverdienstprojekten) Bitte Verdienstbescheinigungen der letzten 3 Monate beilegen → Fahrtkosten zum Arbeitsplatz (monatlich) → Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz</small>		
sonst. Einkommen: <input type="text"/>		
sonst. Einkommen: <input type="text"/>		
	km	km

	Person <input type="checkbox"/>	Person <input type="checkbox"/>
<b>VII. Vermögenswerte: (bitte jeweils Nachweise beilegen)</b>		
<b>1. Giro- oder Sparkonto</b> <small>Bitte jeweils Bescheinigung über Bankguthaben beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
bei Bankinstitut, Kontonummer (Bank 1)		
Kontostand:	€	€
bei Bankinstitut, Kontonummer (Bank 2)		
Kontostand:	€	€
Bestehen noch <b>weitere Konten</b> oder <b>Schließfächer</b> ? Bitte Bankinstitut(e) angeben	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
<b>2. Ich verfüge über Bargeld in Höhe von</b>	€	€
<b>3. Haus und Grundbesitz</b> <small>Bitte Grundbuchauszug beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____
<b>4. Vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte:</b> <small>(z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege) Bitte Abschrift des Vertrages beilegen!</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____
<b>5. Spar- und Bausparverträge</b> <small>Bitte Vertrag beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
<b>6. Lebensversicherung</b> <small>Bitte Police und aktuellen Rückkaufswert beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
<b>7. Rentenversicherung, auch private</b> <small>Bitte Police und aktuellen Rückkaufswert beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
<b>8. Sterbegeldversicherung</b> <small>Bitte Police beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
<b>9. Kraftfahrzeug</b> <small>Bitte Kopie des Fahrzeugscheins beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____
<b>10. Sonstige Vermögenswerte</b> <small>(z.B. Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.) Bitte Nachweise beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____
<b>11. Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt?</b> <small>(z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) Bitte entsprechenden Vertrag oder sonst. Nachweise vorlegen</small>	<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. Beiblatt verwenden):		
<b>VIII. Zusätzlicher Mehrbedarf</b>		
<b>1. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G?</b> <small>Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises vorlegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grad der Behinderung: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grad der Behinderung: _____
<b>2. Sind Sie voll erwerbsgemindert im Sinne der Rentenversicherung?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>3. Sind Sie schwanger?</b> <small>Bitte Kopie des Mutterpasses beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>4. Benötigen Sie aufgrund einer Krankheit eine kostenaufwändige Ernährung?</b> Welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
<b>IX. Nicht geklärte Ansprüche:</b>		
<b>Glauben Sie, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen Sie noch keine Leistungen erhalten?</b> <small>(ggf. Beiblatt verwenden)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschäd. <input type="checkbox"/> aus Lastenausgl. <input type="checkbox"/> offene Forderungen gg. Dritte <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 Opferentsch. <input type="checkbox"/> aus Lastenausgl. <input type="checkbox"/> offene Forderungen gg. Dritte <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____

	Person <input type="checkbox"/>	Person <input type="checkbox"/>																				
<b>X. Aktuelle Arbeitsverhältnisse</b>																						
Art der Tätigkeit																						
Seit																						
Name u. Anschrift des Arbeitgebers																						
<b>XI. Arbeitslos:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____																				
Wurden bei der <u>Agentur für Arbeit/</u> →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____																				
wurden beim <u>Jobcenter</u> →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____																				
Leistungen beantragt?																						
Wurde ein Antrag abgelehnt? <small>(Bescheid der Agentur für Arbeit/des Jobcenters vorlegen)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____																				
<b>XII. Versicherungen</b>																						
A. Derzeit Mitglied bei welcher <u>Krankenkasse</u> ?	A)	A)																				
B. Falls Sie derzeit <b>nicht krankenversichert</b> sind: <u>Wo und bis wann</u> waren Sie <u>zuletzt</u> versichert?	B)	B)																				
C. Bitte <u>Name und Anschrift der Krankenkasse</u> angeben.	C)	C)																				
<b>Versichert als</b>	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied																				
	Monatlicher Beitrag: _____ €	Monatlicher Beitrag: _____ €																				
<b>Besteht Rentenanspruch?</b> Ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____																				
<b>Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden?</b>	wann: _____ warum: _____	wann: _____ warum: _____																				
Erhalten Sie <b>Leistungen der Pflegekasse</b> ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja																				
Welche <b>Pflegestufe</b> wurde festgestellt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III																				
Wurden <b>Pflegeleistungen beantragt</b> ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ wann: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ wann: _____																				
<b>Versicherungen:</b> Haftpflichtversicherung Hausratversicherung Glasversicherung Unfallversicherung	<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> </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> </tbody> </table>	Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.								
Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.																					
Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.																					
<b>XIII. Sonstiges</b>																						
<b>Schulden:</b> In welcher Höhe und bei wem?																						
<b>Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen?</b> Wo und in welchem Zeitraum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____																				
<b>Wann, woher und aus welchem Grund</b> in den Landkreis Bad Tölz-Wolfratsh. <b>zugezogen</b> ?																						
<b>Wenn nicht in Deutschland geboren:</b> → Tag und Ort des Grenzübertrittes																						
<b>Bei Heim- oder Einrichtungsunterbringung</b> (Aufnahme in ein Heim oder eine Einrichtung): → Wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt?																						
<b>Bei Entlassung aus einem Heim oder einer Einrichtung:</b> → 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:**

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Handelt es sich um ein **Pfändungsschutzkonto**?  Nein  Ja

**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 Hilfestellung 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.

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

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

**Bitte Hinweisblatt durchlesen und unterschrieben dem Antrag beilegen. Ein Hinweisblatt bitte für Ihre Unterlagen behalten.**

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: \_\_\_\_\_

Die Gemeinde/Stadt hat für folgende unter I. aufgeführte Person(en) eine Lohnsteuerkarte ausgestellt:	Person Nr.	Jahr	Lohnsteuerklasse

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufnehmenden \_\_\_\_\_  
Mit \_\_\_\_\_ Anlagen  
an das Landratsamt Bad Tölz-Wolfratshausen,  
- Sozialhilfeverwaltung -

Antrag im Landratsamt vervollständigt am \_\_\_\_\_