



STADT WÜRZBURG

Antrag ausgegeben _____

Antrag eingegangen _____

Fachbereich Soziales

Antrag auf Leistungen nach dem

Sozialgesetzbuch (SGB) XII Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder vergleichbar

Hilfe zum Lebensunterhalt
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 Sonstige Leistungen der Sozialhilfe _____

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Nicht zutreffendes ist zu streichen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden. Hinweise zum Datenschutz und Ihren Rechten (Art. 13 ff Datenschutz-Grundverordnung) finden Sie im beigefügten Informationsblatt.

1. Persönliche Verhältnisse	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Antragsteller/in <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ehegatte/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname, Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
Telefonnummer (freiwillig)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit
Sozialversicherungsnummer:		
Staatsangehörigkeit bei Ausländer : Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Name der/des Betreuers/in: (Kopie der Bestellsurkunde)		
Anschrift des/der Betreuer/in Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Leben Sie in einer a) stationären Einrichtung ? (z.B. Heim, Krankenhaus)? b) betreuten Wohnform (ambulante betreutes Wohnen)? Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt?	<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
Haben Sie bereits Sozialleistungen erhalten? Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: Pflegegrad?

2. Angehörige						
a) Personen, mit denen die hilfesuchende Person noch in Hausgemeinschaft lebt/leben, soweit nicht bereits unter 1. angegeben.						<input type="checkbox"/> nein
Familienname u. Vorname	geb.	Verwandtschaftsverhältnis zur antragssuch. Person	Beruf	Jährl. Einkommen		
				mind. 100.000 €	unter 100.000 €	nicht bekannt
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Sonstige unterhaltspflichtige Personen außerhalb der Haushaltsgemeinschaft, soweit nicht bereits angegeben (z.B. ehel., nichtehel., als ehel. erklärte oder angenommene Kinder, die Eltern, geschiedener Ehegatte, eingetragene Lebenspartner)							<input type="checkbox"/> nein
Familienname u. Vorname	geb.	Verwandtschaftsverhältnis zur antragssuch. Person	Beruf	Jährl. Einkommen			Adresse:
				mind. 100.000 €	unter 100.000 €	nicht bekannt	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner/innen einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:
	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituiert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituiert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)
Falls bei einer der Fragen „ja“: Familienname, Vorname des getrennt lebenden o. geschiedenen Ehegatten/Partners/in		
deren/dessen Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
jährliches Einkommen in Euro des/der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin		

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft -

Anzahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche: m ²	Baujahr des Hauses:
	Grundmiete: Euro	
	Betriebskostenpauschale: Euro	
	Heizkostenpauschale::: Euro	
Enthalten die oben genannten Beträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Höhe:..... Euro
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Höhe:..... Euro
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Gas	
- Wie wird gekocht?			

Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	Euro	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
---	------	--	--	-------------------------------------

Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten:	(Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)
--	---------------------------------------

3.2 Heizkosten – Dezentral, d. h. nicht über den Vermieter

Höhe der monatlichen Kosten:	Euro	Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> sonstige Art
Enthalten die oben genannten Beträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Höhe: Euro					
- Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z.B. Gas)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Höhe: Euro					
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Höhe: Euro					

3.3. Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!
--

3.4 Mehrbedarf	1. Person		2. Person	
Schwerbehindertenausweis? (Ggf. Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis..... <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am
	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigeren Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen!		<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen!	
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	

3.5 Kranken- / Pflegeversicherung (bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Wo sind Sie versichert? Name der Krankenkasse: Krankenversicherungs-Nr.		
Höhe des mtl. BeitragsEuro Euro

3.6 Zusatzbedarf

Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bei welchen und in welchem Umfang?		
Welche notwendigen Kosten sind damit verbunden? Euro Euro

4. Einkommen: (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen! (z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

	1. Person		2. Person	
Keinerlei Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einkommen	Mtl. Betrag in Euro <u>Nicht</u> monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen	Zahlung beantragt: Datum, Aktenzeichen, und Stand des Verfahrens jeweils angegeben	Mtl. Betrag in Euro <u>Nicht</u> monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Zahlung beantragt: Datum, Aktenzeichen, und Stand des Verfahrens jeweils angegeben
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt Werkstatt für beh. Menschen)				
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbstständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente o.ä.)				
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz				
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz –BVG-				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				

Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Guthaben aus Abrechnungen				
Sonstige Einkünfte				

5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Nr. 4 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Ausgaben	Mtl. Betrag in Euro	Mtl. Betrag in Euro
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Sterbeversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen		
sonstiges		

6. Vermögen, siehe Anlage 3

7. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjährige/r außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja aus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja aus

8. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

IBAN (22 Stellen, beginnend mit DE)	BIC (max.11 Stellen)	Name Kontoinhaber/in

9. Bitte die beigelegten Anlagen 1 – 5 ausfüllen und unterschreiben.

Erklärung

Den Antrag auf Sozialhilfeleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Ich versichere, dass vorstehende Angaben wahr sind und ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben Anträgen strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurück zu zahlen habe. Ich wurde unterrichtet, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit (insbesondere auch Auslandsaufenthalte), Krankenhausaufenthalte usw., auch von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Fachbereich Soziales der Stadt Würzburg mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort anzeigen.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Ort, Datum

1. Person	Unterschrift
-----------	--------------

Ort, Datum

2. Person	Unterschrift
-----------	--------------

Hinweis:

Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung (nicht aber deren Höhe) geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten handelt. Dies sind nach Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung personenbezogene Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten und eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.