

Bezirk Oberbayern
 Bezirksverwaltung
 Prinzregentenstraße 14
 80538 München

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch
 (SGB XII)

Eingangsstempel:

<input type="checkbox"/>	Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung		
<input type="checkbox"/>	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung		
	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> teilstationär	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/>	Kfz-Hilfe (zusätzliches Beiblatt „Antrag auf Kfz-Hilfe“ ausfüllen)		
<input type="checkbox"/>	Hilfe zur Pflege		
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		
Name und Adresse der Einrichtung, des Anbieters, des Trägers:			

Hinweis:

Wenn Sie Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich bitte zunächst an die/den zuständige/n Sachbearbeiter/in oder ersatzweise an die Servicestelle, Telefonnummer: 089/2198 – 21010.

I. Persönliche Verhältnisse:

	a) der nachfragenden Person (auch Minderjährige)	b) des Ehegatten/Lebenspartners - auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend - bei ledigen minderjährigen/volljährigen nachfragenden Personen hier Angaben über die Eltern - bei eheähnlicher Lebensgemeinschaft
1. Name (ggf. Geburtsname):		
2. Vorname:		
3. Geburtsdatum:		
4. Geburtsort/Kreis: <small>Wenn nicht in Deutschland, wann war der Zuzug nach Deutschland?</small>		
5. Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner- schaft* <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verstorben am:

* nur für „eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

<< 01-21-150-2/10.2014 >>

	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners - falls minderjährig beider Eltern -
6. Staatsangehörigkeit: ggf. weitere Staatsangehörigkeiten		
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status:		
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
d) Asylbewerber/-berechtigter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte Kopie von Ausweispapieren bzw. Aufenthaltstiteln beifügen		
7. Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Wohnort:		
8. Telefon:		
9. Bei Aufnahme in oder Austritt aus einer Einrichtung, Klinik, Anstalt, dem betreuten Wohnen:		
a) letzte Wohnanschrift bzw. Aufenthaltsorte <u>in den letzten 2 Monaten</u> vor Unterbringung in einer der genannten Wohnformen:		
b) wann und wo erfolgte eine Unterbringung in einer der genannten Wohnformen?		
10. Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte folgendes beifügen: Kopie des Schwerbehindertenausweises mit dem dazugehörigen Bescheid des Versorgungsamtes und <u>bereits vorhandene</u> ärztliche Atteste, in dem die Behinderung diagnostiziert und die Notwendigkeit der beantragten Leistungen begründet werden.		
11. Betreuung/ Bevollmächtigung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Adresse des Betreuers/ der Betreuerin oder des/der Bevollmächtigten:		
Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen. Falls Angehörige die Kommunikation übernehmen wollen, bitte Vollmacht beifügen!		
12. Erlerner Beruf:		
13. Derzeitige Tätigkeit, Arbeitgeber:		

II. Familienverhältnisse: Welche Personen leben noch im Haushalt?

	1	2	3	4
1. Name: (ggf. Geburtsname)				
2. Vorname:				
3. Geburtsdatum:				
4. Familienstand:				
5. Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:				
6. Beruf:				

III. Kinder, Eltern und Ehegatte/in außerhalb des Haushalts:

	1	2	3	4
1. Name: (ggf. Geburtsname)				
2. Vorname:				
3. Geburtsdatum:				
4. Geburtsort:				
5. Familienstand:				
6. Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:				
7. Straße, Hausnummer: Postleitzahl, Wohnort:				
8. Telefon:				

IV. Unterhalt:

Falls die Eltern noch leben, verfügen diese gemeinsam über ein Bruttojahreseinkommen über 100.000,00 Euro?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Falls Kinder vorhanden, verfügen diese jeweils über ein Bruttojahreseinkommen über 100.000,00 Euro?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	

**V. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen (EUR):
- Bitte mit entsprechenden Nachweisen belegen! -**

Art des monatlichen Einkommens aus:	Nachfragende Person	Ehegatte/ Lebenspartner - falls minderjährig beider Eltern -	Sonstige Haushaltsmitglieder (s. unter Ziffer II.)			
			zu Nr. 1	zu Nr. 2	zu Nr. 3	zu Nr. 4
1. Arbeitnehmertätigkeit:						
2. Gewerbe, Handel, selbständige Tätigkeit:						
3. Land- und Forstwirtschaft:						
4. Wert des Austrags (z.B. aus Überlassungsvertrag):						
5. Landwirtschaftliches Altersgeld:						
6. Leistungen der Agentur für Arbeit:						
7. Ausbildungsförderung:						
8. Kindergeld, Kindergeldzuschlag:						
9. Leistungen der Krankenversicherung:						
10. Unterhaltszahlungen:						
11. Renten aus der Sozialversicherung: <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Rente wg. Erwerbs- minderung <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/>						
12. Leistungen des Zentrums Bayern Familie und Soziales: <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente <input type="checkbox"/> Elternrente <input type="checkbox"/> Blindengeld <input type="checkbox"/>						
13. Pension:						
14. Vermietung und Verpachtung, Kapital:						

15. Sonstige Einnahmen (z.B. Betriebsrente, Wohngeld, Lastenausgleich (LAG)):						
16. Besteht ein Beihilfe- anspruch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ggf. für wen:				
Beihilfestelle:						
17. Leistungen der Pflegekasse/Pflege- versicherung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, beantragt bei:				
ggf. Kopie des Bescheids beifügen	Pflegestufe:					

Vom Einkommen absetzbare Beträge Belege erforderlich!	a) nachfragende Person EUR	b) Ehegatte/Lebenspartner - falls minderjährig beider Eltern - EUR
Beiträge zu privaten Versicherungen:		
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung		
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung		
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung		
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung		
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung		
<input type="checkbox"/> ggf. Kfz-Haftpflichtversicherung		
<input type="checkbox"/> sog. Riesterrente		
<input type="checkbox"/>		
Die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben:		
<input type="checkbox"/> Arbeitsmittel:		
<input type="checkbox"/> Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel und/oder mit Pkw, Entfernungs-km einfach		
<input type="checkbox"/> Beiträge zu Berufsverbänden		
Sonstiges:		
<input type="checkbox"/> VdK Beitrag		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

VI. Sonstige Verhältnisse der nachfragenden Person:

1. Beziehen Sie als nachfragende Person derzeit Sozialhilfe oder haben Sie während der letzten 3 Jahre Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Unterhaltshilfe nach LAG, Versorgungsbezüge nach BVG usw.) erhalten? **Bescheide in Kopie beifügen! - Bitte Einwilligung erteilen, die Akte beiziehen zu dürfen -**

<input type="checkbox"/> nein	Jedoch Antrag gestellt am: Stelle:
<input type="checkbox"/> ja	vom _____ bis _____ Art der Bezüge: Stelle:
	vom _____ bis _____ Art der Bezüge: Stelle:

2. Bei Übertritt aus dem Ausland:

a) Aufenthaltsort vor Grenzübertritt:	
b) Wann (Datum) und aus welchem Grund erfolgte der Übertritt? <small>(für deutsche Staatsangehörige Angabe freiwillig)</small>	

3. Hat den Umzug hierher eine Behörde bezahlt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche Behörde?
-------------------------------	--

4. Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?

--

VII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (ggf. vor Aufnahme in eine Einrichtung):

Bitte auch ausfüllen bei Heimaufnahme

1. Die nachfragende Person ist:	
<input type="checkbox"/> Mieter	<input type="checkbox"/> Untermieter bei:
Mietvertrag sowie ggf. letztes Mieterhöhungsschreiben in Kopie beifügen	
<input type="checkbox"/> Ich wohne mietfrei, Begründung:	
Höhe der mtl. Gesamtkosten der Unterkunft (Bitte letzte Nebenkostenabrechnung beifügen):	
Kaltniete:	Euro

Nebenkosten:	Euro		
	darin enthaltene	Warmwasserkosten:	Euro
		Art der Versorgung:	
		Heizungskosten:	Euro
		Art der Versorgung:	

2. Die nachfragende Person ist: - **Bitte Nachweise beifügen!** -

<input type="checkbox"/> Eigentümer	<input type="checkbox"/> eines Einfamilienhauses
<input type="checkbox"/> Miteigentümer	<input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung
	<input type="checkbox"/> eines Zwei- oder Mehrfamilienhauses

Bitte fügen Sie eine Aufstellung über die mtl. Kosten/Belastungen bei (Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer, Gebühren)

3. Größe der Wohnung, m²:	Anzahl der Räume:	Davon untervermietet:

4. Anzahl der in der Wohnung/dem Haus lebenden Personen:

1 2 3 4

VIII. Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung:

	Art der Tätigkeit	Dauer (vom – bis)	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Zuständige Krankenkasse
Nachfragende Person:				
Ehegatte/ Lebenspartner: - falls minderjährig beider Eltern				

IX. Leistungsbezug aufgrund Arbeitslosigkeit/Erwerbsminderung:

Sind Sie arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit:
Wann erfolgte die letzte Arbeitslosenmeldung?		
Es wurde beantragt:		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	Stelle:	am:
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II	Stelle:	am:
<input type="checkbox"/>	Stelle:	am:

<p>Geldinstitut:</p> <p>IBAN:</p> <p>BIC:</p> <p>EUR</p>	<p>Geldinstitut:</p> <p>IBAN:</p> <p>BIC:</p> <p>EUR</p>
<p><u>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege)</p> <p>Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen</p>	<p><u>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege)</p> <p>Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen</p>
<p><u>Gibt es Verträge zu Gunsten Dritter?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Begünstigter:</p> <p>Institut:</p> <p>IBAN, BIC bzw. Versicherungsnummer:</p>	<p><u>Gibt es Verträge zu Gunsten Dritter?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Begünstigter:</p> <p>Institut:</p> <p>IBAN, BIC bzw. Versicherungsnummer:</p>
<p><u>Besteht eine Sterbegeldversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p><u>Bestattungsvorsorgevertrag:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p><u>Besteht eine Sterbegeldversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p><u>Bestattungsvorsorgevertrag:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><u>Mitglied einer Lebensversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Höhe der Versicherungssumme/Rückkaufwert:</p> <p>EUR:</p>	<p><u>Mitglied einer Lebensversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Höhe der Versicherungssumme/Rückkaufwert:</p> <p>EUR:</p>

Haus- und Grundeigentum:

- Ich habe kein Haus- und Grundeigentum
- Ich habe folgendes Haus- und Grundeigentum:
Art:

Adresse:

Sonstiges:

Kopie des Einheitswertbescheides, der Brandversicherungsurkunde beilegen

Haus- und Grundeigentum:

- Ich/Wir habe/n kein Haus- und Grundeigentum:
- Ich/Wir habe/n folgendes Haus- und Grundeigentum:
Art:

Adresse:

Sonstiges:

Kopie des Einheitswertbescheides, der Brandversicherungsurkunde beilegen

Sonstige Vermögenswerte:

- Ich habe kein sonstiges Vermögen
- Ich habe Vermögenswerte in folgender Form: (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)

Sonstige Vermögenswerte:

- Ich/Wir habe/n kein sonstiges Vermögen
- Ich/Wir habe/n Vermögenswerte in folgender Form: (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)

Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundeigentum, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben oder verschenkt? **Ggf. Kopien von Verträgen, Urkunden beifügen!**

a) der nachfragenden Person

- nein
 - ja
- Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:

b) des Ehegatten/Lebenspartners
- falls minderjährig beider Eltern -

- nein
 - ja
- Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:

XII. Nicht geklärte Ansprüche: Glaubt die nachfragende Person oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere – noch nicht entschiedene - Ansprüche zu haben, aus denen sie noch keine Leistungen erhält?

	a) der nachfragenden Person Wann und wo wurde der Antrag gestellt/Anspruch geltend gemacht?	b) des Ehegatten/Lebenspartners - falls minderjährig beider Eltern Wann und wo wurde der Antrag gestellt/Anspruch geltend gemacht?
<input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung		
<input type="checkbox"/> aus Unfall		
<input type="checkbox"/> aus Krankheit		

<input type="checkbox"/> als Opfer von Gewalttaten		
<input type="checkbox"/> aus Soldatenversorgungsgesetz (SVG) / Zivildienstgesetz (ZDG)		
<input type="checkbox"/> aufgrund Impfschadens		
<input type="checkbox"/> aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<input type="checkbox"/>		

Für den Fall, dass zu klärende Ansprüche nach Ziffer XII bei der nachfragenden Person bestehen wird nachstehende datenschutzrechtliche Erklärung abgegeben:

Es besteht Einverständnis damit, selbst erhobene oder bei Dritten angeforderte medizinische Daten-soweit dies erforderlich ist- zur Anspruchsdurchsetzung der jeweiligen Stelle (insbesondere gesetzliche oder private Unfallversicherung, gesetzlich oder private Haftpflichtversicherung, Krankenhäuser, Versorgungsämter, Krankenkassen, Rententräger, sonstige Sozialleistungsträger) vorzulegen sowie im Bedarfsfalle in einem Gerichtsverfahren zu verwenden (§§ 67d, 69 Abs. 1, 76 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch). Zur Einholung von medizinischen Auskünften und Unterlagen bei Dritten ist eine Erklärung zur Schweigepflichts-entbindung der nachfragenden Person erforderlich, die gesondert angefordert wird.

XIII. Sonstiges – Bitte Nachweise in Kopie beifügen!

Sind Sie selbst kriegsbeschädigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie Angehörige/r eines/einer Kriegsbeschädigten oder Hinterbliebene/r?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Von wem?
Ist ein Kind der nachfragenden Person durch Kriegs-, Wehrdienst- oder Schädigungsfolgen verstorben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Name, Geburtsdatum: Wann und wo verstorben:
Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Pflichtteilsergänzungsansprüche, Schadensersatz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?

Bankverbindung der nachfragenden Person:			
Geldinstitut:			
IBAN:		BIC:	

Falls für meinen außerhalb der Einrichtung lebenden Ehegatten/Lebenspartner ein Anspruch auf Grundsicherung besteht, wird dieser hiermit gleichzeitig beantragt.

Im Falle einer vom Sozialhilfeempfänger schuldhaft verursachten Sozialhilfeüberzahlung ermächtige ich den Bezirk Oberbayern, den zu Unrecht überwiesenen Betrag durch Banklastschrift abbuchen zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird. Bereits beglichene Heimkosten für diese Zeiträume können nicht übernommen werden.

Erklärung der nachfragenden Person und seines Ehegatten/Lebenspartners bzw. der gesetzlichen Vertretung:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach §§ 102 ff. SGB XII wurde ich hingewiesen.

Wir weisen darauf hin, dass der Bezirk Oberbayern als überörtlicher Sozialhilfeträger befugt ist, Personen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs daraufhin zu überprüfen, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen von anderen Leistungsträgern bezogen werden oder wurden, § 118 SGB XII.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfefgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als einen Monat dauernde Abwesenheit z.B. Krankenhausaufenthalte, Kuren) sofort anzuzeigen.

Hinweis nach § 67 Buchst. a Abs. 3 SGB X: Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Die Daten werden für statistische Zwecke verwendet, §§ 121 ff. SGB XII.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Aufnehmenden
_____	_____
Unterschrift des Antragstellers bzw. der gesetzlichen Vertretung/Betreuung Bei Vormundschaft/Beistandschaft bitte Bestallungsurkunde beifügen! Bei Bevollmächtigung bitte Vollmacht beifügen!	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners

Sofern aus Platzgründen Beiblätter erforderlich sind, bitten wir Sie, diese gesondert zu unterschreiben.