

**ANTRAG AUF GEWÄHRUNG VON**
**Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII  
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

<input type="checkbox"/> Leistungen zum Lebensunterhalt 3. Kapitel <input type="checkbox"/> Grundsicherung nach dem 4. Kapitel <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel	<input type="checkbox"/> außerhalb von Einrichtungen <input type="checkbox"/> innerhalb von Einrichtungen	Erstmalige Vorsprache:
Art der Hilfe:		Antragseingang:

**1. PERSÖNLICHE VERHÄLTNISS DES/DER HILFESUCHENDEN**

	Hilfesuchende/r (HS)	Ehegatten (EG) Lebenspartner/in (LP)	Vater	Mutter
Name				
Vorname				
Geb.name				
Geb.datum				
Geburtsort				
Wohnort				
Straße				
Telefon, Fax, E-mail				
Stellung im Haushalt	Haush.vorstand Haush.angeh.	Haush.vorstand Haush.angeh.	Haush.vorstand Haush.angeh.	Haush.vorstand Haush.angeh.

	Hilfesuchende/r	Ehegatten/Lebenspartner/in o. Eltern Minderjähriger
<b>Familienstand</b>	ledig	ledig
	verheiratet/ verwitwet seit _____	verheiratet/ verwitwet seit _____
	geschieden seit _____	geschieden seit _____
	durch _____ gericht	durch _____ gericht
	Gesch.Zeichen _____	Gesch.Zeichen _____
	Unterhaltshöhe _____ €	Unterhaltshöhe _____ €
	getrennt lebend seit _____	getrennt lebend seit _____
	Unterhaltsklage erhoben am _____	Unterhaltsklage erhoben am _____
	Unterhaltsbeitrag _____ € Rechtsanwalt: _____ _____	Unterhaltsbeitrag _____ € Rechtsanwalt: _____ _____



## 2. WEITERE MITGLIEDER DER HAUSHALTSGEMEINSCHAFT

	2.1	2.2	2.3	2.4
Name				
Vorname				
Geb.-datum				
Geb.-ort				
Familienstand				
Stellung zum HS				
Staatsangehörigkeit				
Schulabschluss				
Erlernete Tätigkeit				
Ausgeübte Tätigkeit				

Bemerkungen:


## 3. UNTERHALTSPFLICHTIGE AUßERHALB DES HAUSHALTS (Eltern, Kinder, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten)

	3.1	3.2	3.3	3.4
Name				
Vorname				
Geb.-datum				
PLZ, Wohnort				
Straße/Haus.Nr.				
Familienstand				
Verwandtsch.-verh.				
Ausgeübte Tätigkeit				
Arbeitgeber				

Bemerkungen:


**4. EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES/DER HS, SOWIE DER HAUSHALTSGEMEINSCHAFT (pro Monat)**

	HS	EG/LP	2.1	2.2	2.3	2.4
Selbst. Tätigkeit (Summe)						
Erwerbseinkommen (Netto)						
<b>Leistungen der gesetzl. Rentenversicherung</b> Altersrente BU-/EU-Rente Witwen- /Waisenrente Unfallrente landwirtschaftl. Altersruhegeld Übergangsgeld						
Ausländische Renten						
Betriebsrente/ Zusatzrente						
<b>Leistungen nach dem Bundesversorgungs- gesetz</b> Grundrente Sonstige Leistungen						
<b>Leistungen der Krankenkasse</b> Krankengeld Mutterschaftsgeld						
<b>Leistungen der Pflegekasse SGB XI</b>						
<b>Leistungen der Arbeitsagentur</b> Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II Unterhaltsgeld  Az.: _____						
<b>Leistungen der Grundsicherung nach SGB XII</b> Az.: _____						
Kindergeld $\Phi$ Nr: _____						
Unterhaltsleistungen						
Leistungen nach dem Unterhaltsvorschuss- gesetz						
Vermietung, Verpachtung, Kapitalerträge						
Sachbezüge Kost Freies Wohnrecht						
BAföG						
Sonstiges						

$\Phi$  Hiermit erkläre/n ich/ wir, dass das Kindergeld an die Kinder zur Bestreitung deren Lebensunterhalt weitergegeben wird.  
(Wenn nicht zutreffend, bitte streichen.)

### 5. ANGABEN ZUR BEREINIGUNG DES EINKOMMENS

	HS	EG/LP	2.1	2.2	2.3	2.4
Unfallversicherung						
Haftpflichtversicherung						
Sonstige Versicherungen: _____						
Aufwendungen für Arbeitsmittel						
Beiträge für Berufsverbände						
Fahrtkosten ÖPNV Eigenes KFZ Einfache Entfernung zur Arbeitsstelle _____ km						

Begründung für die Nutzung des eigenen KFZ (z.B. wegen Schichtarbeit oder unregelmäßiger Arbeitszeit, schlechter Anbindung an ÖPNV)

--

### 6. BESONDERE FINANZIELLE BELASTUNGEN

(z.B. durch Krankheit, Behinderung, Unterstützung von Angehörigen, Schulden usw.)

Art und Grund	mtl.Höhe/Rate	bei Schulden: Seit wann? Gläubiger?	Restbetrag der Schuld

### 7. KOSTEN DER UNTERKUNFT

Der HS wohnt  im eigenen Haus/Eigentumswohnung  in Miete  in Untermiete  im Heim  mietfrei

Größe der Wohnung _____qm	<b>Heizart:</b> Kohle Öl Gas Strom Zentralheizung	falls zur Untermiete wohnend möbliert unmöbliert	Mietrückstand? Nein Ja, i.H.v. _____€
Anzahl der Zimmer _____	<b>Kochenergie:</b> Gas Strom Sonstige Kochenergie in Heizkosten enthalten? Ja Nein	Bad oder Dusche Ja Nein	Räumungsklage? Ja Nein
mit Bad/Dusche Küche			

Name und Anschrift des Vermieters:	
Im Falle einer Hilfestellung, Mietzahlung an: Hilfesuchende/n Vermieter/in In diesem Fall erkläre ich /wir mich/uns damit einverstanden, dass meine/unsere Mietkosten in voller Höhe direkt vom Sozialamt an meinen/unseren Vermieter überwiesen wird. Auch dann, wenn die anfallenden Mietkosten nicht in voller Höhe bei der Sozialhilfeberechnung berücksichtigt werden. Gleiches gilt auch für die Energiekosten. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen.	Bank: _____ BIC: _____ IBAN.: _____
Im Falle einer Hilfestellung, Heiz- bzw. Werksgebühren an: Hilfesuchende/n Ver- u. Versorgungsunternehmen	Bank: _____ BIC: _____ IBAN: _____ Kunden-Nr.: _____

Kaltmiete (monatlich): _____ € Belastung (monatlich): _____ €	<b>Heizung (monatlich):</b> _____ € mit Warmwasserbereitung ohne Warmw.ber. Zentralheizung Einzelöfen	<b>Nebenkosten:</b> Müll _____ € Wasser, Abwasser _____ € Strom _____ € Garage/ Stellplatz _____ € Sonstige _____ €	Wohngeld abgelehnt noch nicht beantragt bewilligt in Höhe von _____ € Bewilligungszeitraum: _____
--	--	--	--

## 8. VERMÖGEN (des/der HS und der Haushaltsangehörigen)

### A. KAPITALVERMÖGEN

	HS	EG/LP	2.1	2.2	2.3	2.4
Bargeld	€	€	€	€	€	€
Girokonten IBAN: _____ bei _____	€	€	€	€	€	€
IBAN: _____ bei: _____	€	€	€	€	€	€
Bank-/Sparguthaben IBAN: _____ bei: _____	€	€	€	€	€	€
IBAN: _____ bei: _____	€	€	€	€	€	€

**B. KRAFTFAHRZEUG**

Eigentümer/in:
Typ und Baujahr:
Kennzeichen:
Wert: €

(ggf. bitte KFZ-Schein in Kopie beifügen)

**C. GRUNDVERMÖGEN**

(z.B. Hausgrundstücke, land- u. forstwirtschaftl. Grundstücke, nicht genutzt Grundstücke, Nießbrauchrecht)

Eigentümer	Straße, Haus-Nr. Gemarkung, Flur, PlanNr.	Nutzungsart	Größe	Verkehrswert

**D. ANSPRÜCHE AUS KAPITALVERSICHERUNGEN**

(z.B. Lebens-/Renten-/Sterbe- oder Ausbildungsversicherungen)

Versicherte Person	Versicherung (Name, Anschrift, AZ)	Vers. Summe	mtl. Beitrag	fällig am

**E. SONSTIGE VERMÖGENSWERTE**

(z.B. Forderungen aus Darlehen, Hypotheken, Bausparverträgen, Prämienparverträgen, Wertpapiere, Aktien, Investmentfonds, Kunstgegenstände, Vermögenswirksame Leistungen)

Bezeichnung	Verfügungsberechtigte/r	Wert

**F. VERMÖGENSVERÄUßERUNG**

Wurde in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, übertragen oder verkauft?

Nein

Ja, Empfänger: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Höhe: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:


**9. KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ**

	HS	EG/LP	2.	2.
letzte Krankenkasse				
Vers.-Nr.				
Vers.verhältnis	Pflichtvers. freiwillige Vers. als Familienang. als Renten-antragst. privat versichert, wenn ja, Beihilfeanspruch Ja    Nein	Pflichtvers. freiwillige Vers. als Familienang. als Renten-antragst. privat versichert wenn ja, Beihilfeanspruch Ja    Nein	Pflichtvers. freiwillige Vers. als Familienang. als Renten-antragst. privat versichert wenn ja, Beihilfeanspruch Ja    Nein	Pflichtvers. freiwillige Vers. als Familienang. als Renten-antragst. privat versichert wenn ja, Beihilfeanspruch Ja    Nein
monatl. Beitrag				

Es besteht keine Krankenversicherung; das Wahlrecht nach § 264 SGB V wird wie folgt ausgeübt:

Es bestand früher eine Krankenversicherung bei der

\_\_\_\_\_ (bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)

Es bestand bisher keine (eigene) Krankenversicherung; es wird daher die

\_\_\_\_\_ gewählt.  
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)

Auf das Wahlrecht wird verzichtet; das Sozialamt wird um Entscheidung gebeten.

Ich/Wir bitten Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und außerdem um Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten, die von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung benötigt werden. Im Gegenzug bin/sind ich/wir damit einverstanden, dass die Krankenkasse sämtliche Daten und ärztlichen Belege und Rechnungen dem Sozialhilfeträger zur Verfügung stellt.

**10. GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG**

	HS	EG/LP
Rententräger		
Versicherungsnummer		
Rentantrag gestellt? Rentenart:	Nein Ja, am Rentenart:	Nein Ja, am Rentenart:
Rentantrag abgelehnt?	Ja, Datum: Widerspruch eingelegt? Nein    Ja, am	Ja, Datum: Widerspruch eingelegt? Nein    Ja, am
Klage erhoben?	Nein    Ja, am	Nein    Ja, am
Versicherungslauf liegt vor?	Ja Nein (Bitte ggf. in Kopie beifügen)	Ja Nein (Bitte ggf. in Kopie beifügen)

Sozialversicherungsnummer (DRV):

-----



### 11. SONSTIGE ANSPRÜCHE

(z.B. aus Unfall, Krankheit, Beihilfe, Schadensersatz)

Anspruchsgegner/in	Anschrift	Art des Anspruchs

### 12. ARBEITSVERHÄLTNISSE

(wegen eventueller Anwartschaften Sozialgesetzbuch III -ALG/ALHI- maßgebender Zeitraum: die letzten 5 Jahre)

	HS	EG/LP
Dauer (von-bis): Art der Tätigkeit: Arbeitgeber (Name, Anschrift):		
Gründe der Arbeitsaufgabe:		

Dauer (von-bis): Art der Tätigkeit: Arbeitgeber (Name, Anschrift):		
Gründe der Arbeitsaufgabe:		

Dauer (von-bis): Art der Tätigkeit: Arbeitgeber (Name, Anschrift):		
Gründe der Arbeitsaufgabe:		

Beim Arbeitsamt als arbeits-suchend gemeldet?	Ja, seit Nein, da	Ja, seit Nein, da
Sind Sie arbeitsfähig?	Ja Nein, da	Ja Nein, da

### 13. AUFENTHALTSVERHÄLTNISSE

	HS	EG/LP	2.1	2.2	2.3
Dauer des Aufenthaltes am Ort der Antragstellung					

Wenn Zuzug in den letzten zwei Monaten vor Antragstellung:

Zeitpunkt des Wohnortwechsels					
Vorheriger Aufenthaltsort (Adresse)					
Wurde am früheren Wohnort Sozialhilfe bezogen?	Nein Ja Zeitraum:  Behörde:  	Nein Ja Zeitraum:  Behörde:  	Nein Ja Zeitraum:  Behörde:  	Nein Ja Zeitraum:  Behörde:  	Nein Ja Zeitraum:  Behörde:  
Ging ein Einrichtungs-aufenthalt voraus?	Nein Ja Zeitraum:  Einrichtung:  	Nein Ja Zeitraum:  Einrichtung:  	Nein Ja Zeitraum:  Einrichtung:  	Nein Ja Zeitraum:  Einrichtung:  	Nein Ja Zeitraum:  Einrichtung:  

Zuzug aus dem Ausland	Nein Ja Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Nein Ja Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Nein Ja Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Nein Ja Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Nein Ja Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____
Dauer des Auslandsaufenthaltes					
Wurde die bisherige Wohnung im Ausland aufgegeben?	Ja Nein, da _____ _____	Ja Nein, da _____ _____	Ja Nein, da _____ _____	Ja Nein, da _____ _____	Ja Nein, da _____ _____

**14. URSACHE DER BEDÜRFTIGKEIT**

(z.B. Sperrzeit, Trennung von Ehegatten/Lebenspartner/in, fehlender oder zu niedriger Unterhalt, Krankheit, Behinderung)


**15. BANKVERBINDUNG**

IBAN	BIC	Bank / Sparkasse
Kontoinhaber(in):		
Steueridentifikationsnummer:		
-----		

## 16. WICHTIGE HINWEISE UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Beiliegende Hinweise und Erklärung bitte sorgfältig durchlesen!

Ich/Wir gestatte/n, den Mitarbeitern der Kooperationsstelle der Stadtverwaltung Landau in der Pfalz beim Arbeitsamt Landau die erforderlichen Sozialdaten des Arbeitsamtes Landau einzusehen.

Weiterhin bin/sind ich/wir damit einverstanden, dass

- Mitarbeiter des Sozialamtes Landau Zugriff auf die für die berufliche Eingliederung erforderlichen Daten bei der Kooperationsstelle haben.
- das Sozialamt Kooperationspartnern der Arbeitsvermittlung entsprechende personenbezogene Sozialhilfedaten zur Verfügung stellen oder auf Anfrage von dort übermitteln darf. Insbesondere sind dies folgende Träger/Firmen: Maßarbeit Landau e.V., BIFID Klingenmünster, ADH Lustadt, JobKOM Landau, Mitschaff-Dienst (CJD), AAW Zweigstelle Landau, BFB Kandel, Arbeitsvermittlung Rashapov.
- meine/unsere Sozialhilfeleistung oder der Besondere Mietzuschuss direkt an Dritte (insbesondere Vermieter, Energieversorger, Kranken- bzw. Pflegekasse) zur Deckung dortiger – sozialhilferechtlich relevanter – Forderungen überwiesen wird.

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Das Merkblatt (Hinweise und Erklärungen) habe(n) ich/wir erhalten:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des HS und seines EG/LG

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des aufnehmenden Beamten/Angestellten