

# ANTRAG auf Gewährung von

Stadt Landau in der Pfalz



Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

<input type="checkbox"/> Leistungen zum Lebensunterhalt 3. Kapitel <input type="checkbox"/> außerhalb von Einrichtungen <input type="checkbox"/> Grundsicherung nach dem 4. Kapitel <input type="checkbox"/> innerhalb von Einrichtungen <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel	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	<input type="checkbox"/> Haush.vorstand <input type="checkbox"/> Haush.angeh.	<input type="checkbox"/> Haush.vorstand <input type="checkbox"/> Haush.angeh.	<input type="checkbox"/> Haush.vorstand <input type="checkbox"/> Haush.angeh.	<input type="checkbox"/> Haush.vorstand <input type="checkbox"/> Haush.angeh.

Hilfesuchende/r

Ehegatten/Lebenspartner/in o. Eltern Minderjähriger

<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ durch _____gericht Geschäftszeichen _____ Unterhaltshöhe _____ € <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ Unterhaltsklage erhoben am _____ Unterhaltsbeitrag _____ € Rechtsanwalt: _____ _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ durch _____gericht Geschäftszeichen _____ Unterhaltshöhe _____ € <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ Unterhaltsklage erhoben am _____ Unterhaltsbeitrag _____ € Rechtsanwalt: _____ _____
----------------------	--	--

Hilfesuchende/r

Ehegatten/Lebenspartner/in o. Eltern Minderjähriger

<b>Schulabschluss</b>	<input type="checkbox"/> In schulischer Ausbildung <input type="checkbox"/> Volks-/ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschul- oder Hochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss <input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> In schulischer Ausbildung <input type="checkbox"/> Volks-/ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschul- oder Hochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss <input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss
<b>Erlerner Beruf</b>		

Ausgeübte Tätigkeit		
Staatsangehörigk.	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> _____ ggf. <input type="checkbox"/> Vertriebene/Flüchtling <input type="checkbox"/> Asylbewerber/in <input type="checkbox"/> Kontingentflüchtling	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> _____ ggf. <input type="checkbox"/> Vertriebene/Flüchtling <input type="checkbox"/> Asylbewerber/in <input type="checkbox"/> Kontingentflüchtling
aufenth. rechtl. Status	Aufenthalts- <input type="checkbox"/> berechtigung <input type="checkbox"/> erlaubnis <input type="checkbox"/> bewilligung <input type="checkbox"/> duldung <input type="checkbox"/> befugnis <input type="checkbox"/> gestattung befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet	Aufenthalts- <input type="checkbox"/> berechtigung <input type="checkbox"/> erlaubnis <input type="checkbox"/> bewilligung <input type="checkbox"/> duldung <input type="checkbox"/> befugnis <input type="checkbox"/> gestattung befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet
Schwerbeh. ausweis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/> Ja, GdB: ____% Versorgungsamt: _____ Merkmal: _____ AZ: _____ (Ausweiskopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/> Ja, GdB: ____% Versorgungsamt: _____ Merkmal: _____ AZ: _____ (Ausweiskopie beifügen)
Vormund/Betreuer	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer Name: _____ Adresse: _____ _____ <i>(Bitte ggf. Bestellsurkunde in Kopie beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer Name: _____ Adresse: _____ _____ <i>(Bitte ggf. Bestellsurkunde in Kopie beifügen)</i>

--	--	--

Bei minderjährigen HS: Pflegekindverhältnis?  ja  nein

**2. WEITERE MITGLIEDER DER HAUSHALTSGEMEINSCHAFT**

	2.1	2.2	2.3	2.4
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Stellung zum HS				
Staatsangehörigkeit				
Schulabschluss				
Erlernte 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				
Geburtsdatum				
PLZ, Wohnort				
Straße/ Hausnummer				
Familienstand				
Verwandtschaftsverh.				
Ausgeübte Tätigkeit				
Arbeitgeber				

Bemerkungen:


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

	HS	EG/LP	2.1	2.2	2.3	2.4
Selbständige Tätigkeit (Summe)						
Erwerbseinkommen (Netto)						
Leistungen der gesetzl. Rentenversicherung  <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> BU-/EU-Rente <input type="checkbox"/> Witwen-/Waisenr. <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> landwirtschaftliche Altersruhegeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld						
Ausländische Renten						
Betriebs.-/Zusatzrente						
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz  <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen						
<b>Leistungen der Krankenkasse</b>  <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld						
<b>Leistungen der Pflegekasse SGB XI</b>						

Leistungen der Arbeitsagentur  <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld <input type="checkbox"/> _____ Az.: _____						
Leistungen der Grundsicherung nach SGB XII  Az.: _____						
Kindergeld  Nummer: _____ _____						
Unterhaltsleistungen						
Leistungen nach dem Unterhaltsvorschuss- gesetz						
Vermietung, Verpachtung, Kapitalerträge						
Sachbezüge  <input type="checkbox"/> Kost <input type="checkbox"/> Freies Wohnrecht						
Leistungen nach dem BAföG						
Sonstiges						

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 <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> 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	Monatliche 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  Anzahl der Zimmer _____  mit <input type="checkbox"/> Bad/Dusche <input type="checkbox"/> Küche	<b>Heizart:</b> <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Zentralheizung  <b>Kochenergie:</b> <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Sonstige  Kochenergie in Heizkosten enthalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	falls zur Untermiete wohnend <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert  Bad oder Dusche <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mietrückstand? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, i.H.v. _____ €  Räumungsklage? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---	---	---

Name und Anschrift des Vermieters:	
Im Falle einer Hilfestellung, Mietzahlung an: <input type="checkbox"/> Hilfesuchende/n <input type="checkbox"/> Vermieter/in  In diesem Fall erkläre/erklären ich /wir mich/uns damit einverstanden, dass meine/unser 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	Bank: _____  BIC: _____  IBAN.: _____

erfolgen.	
Im Falle einer Hilfgewährung, Heiz- bzw. Werksgebühren an:	
<input type="checkbox"/> Hilfesuchende/n	Bank: _____
<input type="checkbox"/> Ver-/Entsorgungsunternehmen	BIC _____
	IBAN: _____
	Kunden-Nr.: _____

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

## 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. forstwirtschaftliche Grundstücke, nicht genutzt Grundstücke, Nießbrauchrecht)

Eigentümer	Straße, Haus-Nr. Gemarkung, Flur, Plannummer	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				
Versicherungsnummer				
Versicherungsverhältnis	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> als Familienang. <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert,	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> als Familienang. <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> als Familienang. <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> als Familienang. <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert

	wenn ja, Bei- hilfeanspruch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, Bei- hilfeanspruch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, Bei- hilfeanspruch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, Bei- hilfeanspruch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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/unsere(r) persönlichen Daten, die von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unsere(r) 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:	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja, am  Rentenart:	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja, am  Rentenart:
Rentantrag abgelehnt?	<input type="checkbox"/> Ja, Datum:	<input type="checkbox"/> Ja, Datum:

	Widerspruch eingelegt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	Widerspruch eingelegt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am
Klage erhoben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am
Versicherungslauf liegt vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bitte ggf. in Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein, da	<input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein, da
Sind Sie arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, da	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, da

### 13. AUFENTHALTSVERHÄLTNISSE

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

Wenn Zuzug in den letzten zwei Monaten vor Antragsstellung:

Zeitpunkt des Wohnortwechsels					
Vorheriger Aufenthaltsort (Adresse)					
Wurde am früheren Wohnort Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zeitraum: _____ Behörde: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zeitraum: _____ Behörde: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zeitraum: _____ Behörde: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zeitraum: _____ Behörde: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zeitraum: _____ Behörde: _____

Ging ein Einrichtungs- aufenthalt voraus?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	Zeitraum: _____	Zeitraum: _____	Zeitraum: _____	Zeitraum: _____	Zeitraum: _____
	Einrichtung: _____	Einrichtung: _____	Einrichtung: _____	Einrichtung: _____	Einrichtung: _____

Zuzug aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____	Zeitpunkt und Ort des Grenzübertritts: _____ _____ _____
Dauer des Auslandaufenthaltes					
Wurde die bisherige Wohnung im Ausland aufgegeben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein, da	<input type="checkbox"/> Nein, da	<input type="checkbox"/> Nein, da	<input type="checkbox"/> Nein, da	<input type="checkbox"/> 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**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Amt für soziale Angelegenheiten, Berufsgenossenschaft oder Sozialhilfeträger/Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies für die Bearbeitung erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angaben von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass meine/unsere Sozialleistung(en) direkt an Dritte (insbesondere Vermieter, Energieversorger, Kranken- oder Pflegekasse etc.) zur Deckung dortiger – sozialrechtlich relevanter – Forderungen überwiesen wird.

Beiliegende Hinweise und Erklärung bitte sorgfältig durchlesen!

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