



<h2 style="margin: 0;">Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach dem SGB XII</h2> <h3 style="margin: 0;">Grundantrag (Teil I)</h3>		Eingangsstempel
		Aktenzeichen
Gewünschte Hilfe:		
in der Einrichtung:		
ab wann:		
Begründung <small>(ggf. gesondertes Blatt verwenden)</small>		
Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen . Die Richtigkeit aller Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.		

1. Persönliche Verhältnisse:		Antragsteller(in)	
1	Familiename <small>(ggf. Geburtsname angeben)</small>		
2	Vorname(n) / Rufname(n)		
3	Geschlecht	männlich	weiblich
4	Geburtsdatum und Geburtsort/Kreis	<small>(Geburtsdatum)</small>	<small>(Geburtsort/Kreis)</small>
5	Familienstand	ledig getrenntlebend geschieden seit	verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehobene Lebenspartnerschaft verwitwet
6	Ich bin Ausländer	nein ja:	Staatsangehörigkeit: Aufenthaltsstatus: Asylberechtigte(r): ja nein anerkannter Flüchtling nach Genfer Konvention: ja nein
7	Wohnanschrift: Straße, Nr. PLZ, Ort		
8	Telefonnummer (freiwillig)		
9	gesetzliche Betreuung Vorname und Name Betreuer(in) Straße, Nr., PLZ, Ort	nein ja,	Name und Adresse des Betreuers:
		..... ..... ..... (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen!)	
10	Rentenversicherungsnummer		
11	Art der Beschäftigung und letzter Arbeitgeber		
12	Schulabschluss und erlernter Beruf		
13	Ich bin Schüler(in), Auszubildende(r) oder Student(in)	nein	ja

14	Ich habe in den vergangenen 12 Monaten Leistungen der Jugendhilfe bezogen (z. B. Hilfe zur Erziehung)	nein ja, und zwar dieser Art
		vom Jugendamt in:
15	Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft	Schwerbehindertenausweis wurde ausgestellt ja nein
		ist derzeit beantragt ja nein
		wird noch beantragt ja nein
		(bitte beidseitige Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!)
		anerkannter Grad der Behinderung (GdB):
	anerkannte Merkzeichen:	G aG B H RF BI GI TBI

2. Aufenthaltsverhältnisse		Antragsteller(in)	
16	Aufenthalte in den letzten 2 Monaten vor der Heimaufnahme bzw. dieser Antragstellung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflege- und Kinderheimaufenthalte, o. Ä.)	von bis Straße, PLZ, Ort	
17	Ambulante Betreuung in der ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung vor dieser Antragstellung, z. B. durch mobilen Hilfsdienst, Pflegedienst?	von bis Name und Ort des Leistungserbringers	
18	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertritts	(Tag)	(Ort)

3. Kranken- und Pflegeversicherung		Antragsteller(in)	
19	Art der Krankenversicherung	gesetzliche Krankenversicherung, es handelt sich dabei um eine: Pflichtversicherung freiwillige Versicherung Familienversicherung über folgenden Familienangehörigen: (Name, Vorname) (Geburtsdatum)	
		private Krankenversicherung	
20	Name der Krankenkasse/des Versicherungsunternehmens	.....
	Anschrift der Krankenkasse/des Versicherungsunternehmens	.....
	Versichertennummer	.....
21	Angaben zur Pflegebedürftigkeit:	Ich habe einen Pflegegrad beantragt: nein ja, am:	Pflegegrad wurde abgelehnt
		Bei mir wurde folgender Pflegegrad festgestellt: Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5 seit:	

4. Vorrangige Ansprüche Antragsteller(in)	
22	Sofern beim Antragsteller eine Behinderung vorliegt: Was war die Ursache der Behinderung?
	Schädigung vor/während/nach der Geburt oder im späteren Leben ohne Fremdeinwirkung (z. B. Erkrankung) Schädigung vor/während/nach der Geburt oder im späteren Leben durch Unfall durch tätlichen Angriff (Gewaltverbrechen) durch Impfschaden durch Arzt- oder Hebammenfehler
	Auf Grund der Schädigung wurden Schadenersatzansprüche geltend gemacht gegen..... Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft/dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht keine Ansprüche geltend gemacht

5. Familienverhältnisse Antragsteller(in) (weitere Kinder bitte auf extra Blatt)

	Vater	Mutter	Ehegatte/ Lebenspartner (auch geschiedene)	Kind 1	Kind 2
23	Name				
24	Vorname				
25	Geburtsdatum				
26	ggf. Sterbedatum				
27	Familienstand				
28	letzte bekannte Anschrift Straße Nr. PLZ Ort				

6. Einkommen

Es sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen. Die Höhe der Einnahmen ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge usw. in Kopie.

Antragsteller(in)
Höhe des monatlichen Einkommens
Belege beifügen!

	Einkommensart	
29	Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit, z. B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen	EUR
30	selbstständige Tätigkeit	EUR
31	Einkommen aus Vermietung und Verpachtung	EUR
32	Ausbildungsförderung nach dem BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe	EUR
33	Leistungen der Krankenkasse (Krankengeld, Mutterschaftsgeld, usw.)	EUR
34	Wohngeld/Lastenzuschuss	EUR
35	Leistungen nach dem SGB II, z. B. ALG-II, Sozialgeld usw.	EUR
36	Leistungen der Agentur für Arbeit, z. B. Arbeitslosengeld, Übergangsgeld usw.	EUR
37	Kindergeld	EUR
38	Bundeselterngeld/Landeserziehungsgeld, Betreuungsgeld	EUR
39	Übergangsgeld der Deutschen Rentenversicherung	EUR
40	Renten aus der Sozialversicherung:	
	Erwerbsunfähigkeitsrente/Erwerbsminderungsrente	..... EUR
	Berufsunfähigkeitsrente	..... EUR
	Altersrente	..... EUR
	Halbwaisenrente/Waisenrente	..... EUR
	Witwenrente/Witwerrente	..... EUR
41	Betriebsrente	EUR
42	Unfallrente oder Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung	EUR
43	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z. B. Grundrente)	EUR
44	Unterhaltszahlungen von Angehörigen	EUR
45	Kapitalerträge, Zinsen	EUR
46	Beihilfen, Pensionen	EUR
47	Sonstiges, z. B. Leistungen aus einer privaten Versicherung, Schmerzensgeld,...	EUR
48	einmalige Einkünfte der letzten 12 Monate, z.B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld	EUR
49	Ich verfüge aktuell und habe in den letzten 12 Monaten über keinerlei Einkommen verfügt.	kein Einkommen
	Meinen Lebensunterhalt habe ich bestritten/bestreite ich durch:	.....
50	Ich habe folgende Leistungen beantragt, über die noch nicht entschieden wurde:	.....

7. Vom Einkommen abzusetzende Beträge		Antragsteller(in)
Abzugsart		Höhe der monatlichen Ausgaben
51	Mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben für:	
	Arbeitsmittel	..... EUR
	Fahrtkosten zur Arbeitsstätte	..... EUR
	Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte in km (einfache Strecke)	.....
	Beitrag zu Berufsverband	..... EUR
52	Beiträge zu privaten Versicherungen:	
	Haftpflichtversicherung	..... EUR
	Hausratversicherung	..... EUR
	zertifizierte Altersvorsorgebeiträge (sog. „Riester-Rente“)	..... EUR
	sonstige Versicherung: .....	..... EUR
	sonstige Versicherung: .....	..... EUR

8. Bankverbindung		Antragsteller(in) zu zahlende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:
53	IBAN	
54	BIC	
55	Name der Bank	
56	Name Kontoinhaber	

9. Schlusserklärungen und Hinweise

9.1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Die Angaben zum Einkommen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

9.2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Kommunalen Sozialverband Sachsen anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.

9.3. Hinweise zum Datenschutz

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Daten teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

9.4. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Kommunalen Sozialverband Sachsen unverzüglich informieren.

9.5. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter
------------	--

9.6. Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter
------------	--