

**Kommunales Center für Arbeit
 Jobcenter und Soziales
 Anstalt ö.R. des Main-Kinzig-Kreises
 Geschäftsbereich II – SGB XII
 Barbarossastraße 24
 63571 Gelnhausen**

Antrag eingegangen am: _____

Antrag registriert am: _____

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)

- Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt
- Hilfe zur Pflege Eingliederungshilfe
- Krankenhilfe
- Einmalige Beihilfe für: _____
- Andere: _____

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Streichen oder offene Fragen führen zur verzögerten Antragsbearbeitung.

I. Allgemeines

Angaben zur Person	der/ des Hilfesuchenden	des Ehegatten oder des/der Lebenspartner/-in (auch wenn getrennt lebend, geschieden oder verstorben)
Familienname:		
Geburtsname:		
Vorname(n):		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum und-ort:		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl, Wohnort:		
Telefonnummer, auch mobil, ggf. Fax und E- Mail:		

Bankverbindung:	Name des Kontoinhabers: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Pfändungsgeschütztes Konto? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt-lebend seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt-lebend seit: _____
Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt? Unterlagen / Gerichtliche Urteile / Unterhaltsregelungen bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift: _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift: _____ _____
Staatsangehörigkeit: Pass-oder Ausweiskopie bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Art der Aufenthaltsgenehmigung z.B. Duldung, Aufenthaltsbefugnis Aufenthaltserlaubnis bitte in Kopie beifügen	_____ _____	_____ _____
Aufenthaltsgenehmigung:	bis: _____	bis: _____
Liegt eine Verpflichtungserklärung für den Aufenthalt vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehinderung: Ausweis oder Bescheid bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad der Behinderung: ____ Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad der Behinderung: ____ Merkzeichen: _____

Liegt eine Betreuung oder Vollmacht vor? Beschluss und Ausweis oder Vollmacht bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: _____ Telefonnr.: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: _____ Telefonnr.: _____
Besuchen Sie eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung? Stellungnahme des Fachausschusses bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> im Eingangsbereich <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> im Außenbereich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> im Eingangsbereich <input type="checkbox"/> im Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> im Außenbereich
Wo haben Sie zuletzt gearbeitet?	von: _____ bis: _____ Arbeitgeber: _____ Art der Tätigkeit: _____ Wer hat gekündigt? _____	von: _____ bis: _____ Arbeitgeber: _____ Art der Tätigkeit: _____ Wer hat gekündigt? _____
Waren Sie im Ausland berufstätig?	<input type="checkbox"/> Ja Land: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Land: _____ <input type="checkbox"/> nein

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Kindern:
(ggf. anstelle des Wohnortes das Sterbedatum eintragen)

Name, Vorname	Kind von?	Geb. Datum	Adresse	Ausgeübte Tätigkeit

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Eltern:
(ggf. anstelle des Wohnortes das Sterbedatum eintragen)

Name, Vorname	Eltern von?	Geb. Datum	Adresse	Ausgeübte Tätigkeit

II. Sozialversicherung

In welcher Form und wo sind Sie krankenversichert/ pflegeversichert? Bitte reichen Sie die Mitgliedsbescheinigung und den aktuellen Beitragsbescheid sowie eine Kopie der Krankenversicherungskarte ein. Wenn Sie Leistungen der Pflegekasse erhalten, bitte den Bescheid in Kopie beifügen.			
Hilfesuchende/r: _____ Versicherungsnummer: _____	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____
Ehegatte / Lebenspartner / Lebenspartnerin: _____ Versicherungsnummer: _____	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____
Kind: Name: _____ Versicherungsnummer: _____	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe _____
Kind: Name: _____ Versicherungsnummer: _____	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe _____

Wo sind Sie rentenversichert? Bitte fügen Sie den aktuellen Versicherungsverlauf bei.		
	Hilfesuchende/r:	Ehegatte / Lebenspartner/-in:
Rentenversicherungsnummer:	_____	_____
Rentenversicherungsträger: z. B: DRV Bund bzw. Hessen; Ausländische Renten Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.	_____	_____
Steuer-Identifikationsnummer:	-----	-----

III. Wohnverhältnisse

Wohnen Sie mietfrei? Wohnen Sie zur Miete? Beziehen Sie Wohngeld?	<input type="checkbox"/> Ja bei: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Mietvertrag, Mieterhöhungsschreiben bitte beifügen) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Untermiete <input type="checkbox"/> Ja (Wohngeldbescheid bitte beifügen) <input type="checkbox"/> Nein		
Wohnungsgröße: Bitte reichen Sie den Mietvertrag mit ein.	Zimmer: _____ Grundmiete: _____ € Betriebskosten: _____ € Heizkosten: _____ € Größe: _____ m ² <input type="checkbox"/> Garage/Stellplatz vorhanden		
Art der Beheizung: Bitte legen Sie die letzte Betriebs- und Heizkostenrechnung bei.	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Eigene Heizung mit: <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Bewohnen Sie ein Eigenheim? Bitte den Grundbuchauszug, Darlehensvertrag und Abgabenbescheide in Kopie einreichen. Beziehen Sie Lastenzuschuss?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hauslasten/Abgaben _____ € monatlich/jährlich <input type="checkbox"/> Zins: _____ € <input type="checkbox"/> Tilgung: _____ € <input type="checkbox"/> Ja (Bitte legen Sie den letzten Bescheid bei) <input type="checkbox"/> Nein		
Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrer Wohnung?	_____ Personen		
Bitte tragen Sie alle Personen ein, die mit Ihnen in der Wohnung leben.			
Name, Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort	Familienstand	Staatsangehörigkeit

	Hilfesuchende/r	Ehegatte/ Lebenspartner/-in	Haushaltsangehörige
Folgende Einkommen wurden beantragt:	_____ _____	_____ _____	_____ _____
	<input type="checkbox"/> kein Einkommen vorhanden	<input type="checkbox"/> kein Einkommen vorhanden	<input type="checkbox"/> kein Einkommen vorhanden

Für welche Versicherungen zahlen Sie Beiträge? Fügen Sie bitte Policen und Beitragsberechnungen bei.		
	Versicherungsunternehmen	Beitrag jährlich / monatlich?
Hausratversicherung?		€
Haftpflichtversicherung?		€
Sonstige Versicherungen? Art der Versicherung: _____		€

V. Vermögen

Bitte alle Fragen beantworten. Streichen oder offene Fragen erfordern die Rücksendung des Antrages. Fügen Sie bitte Nachweise wie Kontoauszüge der letzten 6 Monate, Policen, Verträge und aktuelle Rückkaufswerte bei.		
	Hilfesuchende/r	Ehegatte / Lebenspartner/in
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Girokonto	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Schließfach vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja
Aktien/Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €
Private Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €	<input type="checkbox"/> Nein; <input type="checkbox"/> Ja _____ €

<p>Sind Sie Eigentümer/in eines Kraftfahrzeuges?</p> <p>Kilometerstand: Bitte fügen Sie eine Kopie des Kfz-Scheines bei.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____ km</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____ km</p>
<p>Ist Haus- und / oder Grundbesitz im In- oder Ausland vorhanden?</p> <p>Bitte fügen Sie aussagekräftige Nachweise zum Wert und der Beschaffenheit sowie Grundbuchauszug bei.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wo und was? _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wo und was? _____ _____</p>
<p>Wurde Grundbesitz und / oder sonstiges Vermögen veräußert, überlassen oder verschenkt?</p> <p>Bitte Nachweis beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>am: _____ an: _____ Art: _____ Höhe: _____ €</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>am: _____ an: _____ Art: _____ Höhe: _____ €</p>
<p>Erbschaftsansprüche gegen:</p> <p>Bitte Nachweis beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____</p>
<p>sonstiges Vermögen z.B. Maschinen, Schmuck, Wertgegenstände</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Wert von _____ €</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Wert von _____ €</p>
<p>Haben Sie Schadenersatzansprüche?</p> <p>Bitte Nachweis beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ €</p> <p>Gegen: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ €</p> <p>Gegen: _____</p>
<p>Sind Sie beihilfeberechtigt?</p> <p>Bitte Nachweis beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ €</p> <p>Bei: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ €</p> <p>Bei: _____</p>
<p>Gibt es sonstige Rechte aus Verträgen, welche Sie zusätzlich absichern? (z. B. Erklärungen, Bürgschaften, Zusicherungen)</p> <p>Bitte Nachweis beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____</p>

VI. Ausführliche Begründung des Antrages

Wie haben Sie bisher Ihren Lebensunterhalt/ Ihre Versorgung sichergestellt?
Was hat sich verändert?
Wie begründen Sie Ihren Antrag?
Haben Sie daran gedacht?
Im Antragsformular wurden Sie gebeten, Nachweise vor zu legen. Das waren neben Kontoauszügen, Versicherungen und Policen auch der Mietvertrag, Mieterhöhungsschreiben sowie Nebenkostenabrechnungen, Einkommensnachweise, Rentenbescheide, Aufenthaltsrechte, Schwerbehindertennachweise etc. Sollten Sie Hilfe zur Pflege in Einrichtungen beantragen, haben Sie die zusätzlichen Fragen (Formulare) beachtet? Schauen Sie doch noch einmal nach. Die Bearbeitungszeit Ihres Antrages können Sie damit erheblich verkürzen.

Ich/ Wir versichere/n, dass meine/ unsere vorstehenden Angaben wahr sind.

Auf die Notwendigkeit, alle leistungserheblichen Tatsachen anzugeben [§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)] und auf die Erstattungspflicht für zu Unrecht erlangte Hilfe wurde/n ich/ wir hingewiesen. Mir/ uns ist bekannt, dass ich/ wir jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Kur usw., auch von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Kommunalen Center für Arbeit -Jobcenter- und Soziales mitteilen muss/ müssen. Die Aufnahme jeder Arbeit werde/n ich/ wir vor Beginn der Tätigkeit ebenfalls anzeigen. Mir/ Uns ist ferner bekannt, dass meine/ unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. Unterhaltsverpflichtete) im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können. Im Falle einer vorschussweisen Hilfestellung bin/ sind ich/ wir auf die Rückerstattungspflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausdrücklich hingewiesen worden. Mir/ Uns ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben, die zu einer unberechtigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können. Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass meine/ unsere vorstehend erfassten personenbezogenen Daten in automatisierter Datenverarbeitung gespeichert werden. Ich/wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten zur Prüfung eines ggf. alternativ bestehenden Anspruchs nach dem Sozialgesetzbuch II, eines Wohngeldanspruchs oder eines Anspruchs auf Kinderzuschlag an die jeweils zuständige Behörde einverstanden.

Folgende Unterlagen reiche ich bis zum _____ unaufgefordert nach:

Unterschriften:

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in
bzw. gesetzlicher Vertreter/in

weitere Antragsteller/innen

Ergänzende Angaben der antragsentgegennehmenden Stelle:

Der/die Antragsteller/in sind polizeilich, wie im Antrag angegeben, gemeldet:	<input type="checkbox"/> Ja, mit Erstwohnsitz <input type="checkbox"/> Ja, mit Zweitwohnsitz <input type="checkbox"/> Nein	Weitere Informationen:
---	--	------------------------

Ort/Datum

Unterschrift

Stempel