

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

	Tag der Antragstellung:	Eingangsstempel
	Az:	

## Antrag auf Leistungen

**Hinweis: Die Datenerhebung erfolgt gemäß SächsDSG i.V.m. Zweites Kapitel Sozialgesetzbuch X - Sozialdatenschutz.**

- zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel Sozialgesetzbuch XII - SGBXII -)
- zur Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)
- auf Sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)
- nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)       nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder vergleichbar

**Gründe:** (Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen - ggf. auf einem gesonderten Blatt)

### I. Persönliche Verhältnisse

( Tel.: ..... freiwillige Angabe)

	1 Nachfragende Person	2 Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in)/ bei minderjährigen Leistungsberechtigten Angaben über Vater und Mutter	
Name, ggf. Geburtsname <small>(Kopie des Personalausweises beifügen, wenn der Antrag auf dem Postweg eingereicht wird.)</small>			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
PLZ/Wohnort			
Straße/Hausnr.			
Familienstand <small>(ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)</small>	Seit	Seit	Seit
Bei Scheidung - Datum des Urteils <small>Nachweise beilegen</small>			
Unterhaltsregelungen/ Vaterschaftsanerkennung <small>Nachweise beilegen</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Staatsangehörigkeit			
Ausweisdokument			
Nummer des Ausweisdokuments			
In Deutschland lebend seit der Geburt (oder Einreisejahr)	<input type="checkbox"/> Ja    Einreisejahr <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja    Einreisejahr <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja    Einreisejahr <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
Ausländerrechtlicher Status			
Aussiedler/Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis <small>(Kopie)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vormund/Betreuer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bitte Anschrift des Vormunds/ Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen			
Steueridentifikationsnummer			

Antrag auf Leistungen  
Stand September 2016

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

**Lebt die nachfragende Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft?**  Ja  Nein

Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII). Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn sie als auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau oder gleichgeschlechtlichen Partnern über eine reine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgeht und sich im Sinne einer Verantwortungs- Einstehungsgemeinschaft durch innere Bindungen auszeichnet.

**II. Persönliche Verhältnisse weiterer im Haushalt lebender Personen**

	3.	4.	5.	6.	7.
Name, ggf. Geburtsname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)	Seit	Seit	Seit	Seit	Seit
Persönliche Stellung zur nachfragenden Person					
Staatsangehörigkeit					
Ausländerrechtlicher Status					
Steueridentifikationsnummer					

**III. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)**

1. Besitzt einer der unter I. eingetragenen Personen einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "G" oder "aG"? Wenn ja, bitte den Ausweis in Kopie beifügen.  Nein  Ja, und zwar

Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen.  Nein  Ja, und zwar

2. Ist eine unter I. eingetragene Person schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterpass/ ein ärztliches Attest beifügen.  Nein  Ja, und zwar

3. Benötigt eine der unter I. eingetragenen Personen eine kostenaufwendige Ernährung? Wenn ja, bitte - Anlage 7 - ausgefüllt beifügen.  Nein  Ja, und zwar

**IV. Kranken- und Pflegeversicherung**

Nachfragende Person	Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in)
Name und Anschrift der Krankenkasse	Name und Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung	Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung

Antrag auf Leistungen  
Stand September 2016

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Pflichtversicherter	<input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten	<input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Name und Anschrift der Krankenkasse		

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person
<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name und Anschrift der Krankenkasse

--	--	--	--	--

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich als Haushaltsvorstand folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner/ zu unserer Krankenkasse:

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

## V. Wohnverhältnisse

Miet-/ mietähnlich nutzungsberechtigte Personen		Anzahl der Personen	Wohnungs-/ Hauseigentümer	
Mietwohnung	Mietvertrag und letzte vollständige Betriebskostenabrechnung bitte beifügen.		Hauslastenermittlung	<b>Siehe Anlage A5 Bitte ausgefüllt beifügen.</b>
Möbliertes Zimmer/ Betreutes Wohnen	Mietvertrag bitte beifügen		<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Einzelheizung		<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	
Brennstoffart	<input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas/Öl <input type="checkbox"/> Strom		Heizungsart	<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Einzelheizung
inklusive Kochfeuerung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Brennstoffart	<input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas/Öl <input type="checkbox"/> Strom
inklusive Warmwasser	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		inklusive Kochfeuerung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohngeld beantragt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Lastenzuschuss beantragt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohngeldnummer			Wohngeldnummer	
Wohngeld bewilligt in Höhe von:		€	Lastenzuschuss bewilligt in Höhe von:	€
Anschrift des Vermieters:				

## VI. Einkommen

Bitte Nachweise beifügen.

Es sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. **Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Kontoauszüge der letzten 6 Monate lückenlos** (Bei Ausgabebuchungen, die durch § 67 Abs. 12 SGB X besonders geschützte Daten enthalten, können Verwendungszweck und Empfänger geschwärzt werden), **Verdienstabrechnungen, etc.** . Bitte auch angeben, wenn eine Leistung beantragt wird/ wurde.

Art des Einkommens	Nachfragende Person	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6	Person 7
Arbeitseinkommen *)							
Unterhalt							
Unterhaltsvorschuss							
BAföG-Leistungen							
Arbeitslosengeld I							
Arbeitslosengeld II							

Antrag auf Leistungen  
Stand September 2016

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Art des Einkommens	Nachfragende Person	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6	Person 7
Sozialgeld							
Insolvenzgeld							
Berufsausbildungsbeihilfe							
Krankengeld							
Mutterschaftsgeld							
Altersrente							
Erwerbsminderungsrente							
Witwen-/ Witwerrente							
Andere Rentenart (z.B. Waisenrente, Betriebsrente, Auslandsrente, sonstige Rente)							
Betrag							
Pensionen							
Verletztengeld							
Kindergeld							
Versorgungsleistungen nach Bundesversorgungsgesetz							
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz							
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)							
Miet- und Pachteinnahmen							
Elterngeld							
Sonstige Einkommen							

Antrag auf Leistungen  
Stand September 2016

\*) Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere die Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus selbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.

<input type="checkbox"/> Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu.	<input type="checkbox"/> Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu:
<input type="checkbox"/> freie Verpflegung	<input type="checkbox"/> freie Unterkunft/ Wohnung
	<input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge, nämlich

Art des Sachbezuges, begünstigte Person, monatlicher Wert (ggf. Schätzwert) des Sachbezuges

## VII. Besondere Belastungen

Bitte Nachweise der aktuellen Beitragsfestsetzung beifügen.

Hausratversicherung	€	Staatlich geförderte (zertifizierte) Rentenversicherung	€
Haftpflichtversicherung	€	Mit der Erzielung von Erwerbseinkommen verbund. Belastungen (Arbeitsmittel, Fahrtkosten, Beiträge Berufsverbände, Mehraufwendungen, doppelte Haushaltsführung)	€
		Sonstige Belastungen	€

## VIII. Angaben zum Vermögen

Girokonto Bargeld Sparguthaben Anlagevermögen Sonstige Vermögenswerte	<b>Siehe Anlage A1</b> (Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen)			
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, verschenkt oder übergeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wann:		An wen:	Wert:	€

## IX. Angehörige 1. Grades außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(weitere Kinder bitte auf einem extra Blatt)

	Vater	Mutter	Ehegatte, Lebenspartner (außer geschiedene)	1. Kind	2. Kind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)					
Ausgeübte Tätigkeit/ Arbeitgeber					
PLZ/Wohnort					
Straße/Hausnr.					

## X. Bei Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auszufüllen

Verfügt eines Ihrer Kinder/ Verfügt ein Elternteil oder beide Eltern vermutlich über ein erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)?

Nein  Ja (Wenn Sie "Ja" angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adresse an).

Familienname, Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ/Wohnort	
Straße/Hausnr.	

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Antrag auf Leistungen  
Stand September 2016

## XI. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

Beziehen Sie Leistungen vom Kommunalen Sozialverband Sachsen Leipzig (KSV) oder wurden Leistungen beantragt?  Ja  Nein

Bereits Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Zeitraum:		Stadt/ Gemeinde	
------------------------------	--	-----------	--	--------------------	--

### Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor Beantragung der Hilfe/ Heimaufnahme:

von	bis	Anschrift

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise!

Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 1. Buch)

Für den Zeitraum Ihres Leistungsbezuges sind Sie verpflichtet, dem Träger der Hilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen insbesondere Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen. Sie sind angehalten, jegliche Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) anzuzeigen.

Hat der Träger der Sozialhilfe Leistungen zu erbringen, obwohl Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. Unterhalt, Schenkungen, andere Sozialleistungen) bestehen, geht der Anspruch in Höhe der Leistungen auf den Träger der Sozialhilfe über, ggf. kann der Anspruchsübergang bewirkt werden.

Gemäß § 67 Abs. 12 SGB X sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit und Sexualleben besondere Arten von persönlichen Daten. Bei Kontoauszügen mit Ausbuchungen, die solche Daten enthalten, können Verwendungszweck und Empfänger geschwärzt werden.

### Erklärung der/ des Antragsteller/ s

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung wurde ich hinreichend belehrt (Merkblatt wurde ausgehändigt). Mir ist bekannt, dass ich mich wegen wissentlicher falscher bzw. unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen sowie zur Offenbarung personenbezogener Daten (§ 67 Sozialgesetzbuch 10. Buch), soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

### Zustellungsvollmacht/ Bekanntgabevollmacht

Bis auf Widerruf bitte ich Sie, alle für mich bestimmten Schriftstücke an folgende Personen auszuhändigen bzw. zu übersenden:

Frau/Herr		Frau/Herr	
PLZ/ Wohnort		PLZ/ Wohnort	
Straße/ Nr.		Straße/ Nr.	
Tel. (freiwillige Angabe)		Tel. (freiwillige Angabe)	

**Bankverbindung** Die mir gewährten Leistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Name Kreditinstitut		Name Kontoinhaber	
IBAN		BIC	

**Zur Zeit besteht noch keine Möglichkeit für eine rechtssichere digitale Unterschrift. Daher müssen Sie das vollständig ausgefüllte Formular ausdrucken und unterschrieben per Post oder persönlich abgeben.**

Aufgenommen am:
Aufgenommen durch:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der nachfragenden Person/  
des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten/  
Lebenspartners/ Lebensgefährten

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Antrag auf Leistungen  
Stand September 2016