

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender

Landratsamt Zwickau
Sozialamt
Werdauer Straße 62
08056 Zwickau

**Antrag auf Leistungen
nach dem**

Firma/Einrichtung/Verein

Träger

Ansprechpartner

Anschrift

Vorname

Nachname

PLZ

Ort

Land

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

Faxnummer

Homepage

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

| | | |
|--|-------------------------|-----------------|
| | Tag der Antragstellung: | Eingangsstempel |
| | Az: | |

Antrag auf Leistungen nach dem

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel Sozialgesetzbuch XII - SGBXII -)

Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)

Sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) 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</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> | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Staatsangehörigkeit | | | | | | |
| Ausweisdokument | | | | | | |
| Nummer des Ausweisdokuments | | | | | | |
| In Deutschland lebend seit der Geburt (oder Einreisejahr) | Ja Nein | Einreisejahr | Ja Nein | Einreisejahr | Ja Nein | Einreisejahr |
| Ausländerrechtlicher Status | | | | | | |
| Aussiedler/Spätaussiedler | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Schwerbehindertenausweis <small>(Kopie)</small> | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Vormund/Betreuer | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Wenn ja, bitte Anschrift des Vormunds/ Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen | | | | | | |

Antrag auf Leistungen
Stand 03/13

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 | | | | | |

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 der Krankenkasse | | Name der Krankenkasse | |
| Anschrift der Krankenkasse | | Anschrift der Krankenkasse | |
| Versicherungs-/Mitgliedsnummer | | Versicherungs-/Mitgliedsnummer | |
| Es handelt sich um eine | | Es handelt sich um eine | |
| <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung | <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung |

Antrag auf Leistungen
Stand 03/13

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

| Pflichtversicherter | Familienversicherung beim Pflichtversicherten | Familienversicherung beim Pflichtversicherten |
|-------------------------------------|---|---|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Name und Anschrift der Krankenkasse | | |

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| nachfragende Person | nachfragende Person | nachfragende Person | nachfragende Person | nachfragende Person |
| eigene Versicherung | eigene Versicherung | eigene Versicherung | eigene Versicherung | eigene Versicherung |
| Name der Krankenkasse | Name der Krankenkasse | Name der Krankenkasse | Name der Krankenkasse | Name der Krankenkasse |
| Anschrift der Krankenkasse | Anschrift der Krankenkasse | Anschrift der Krankenkasse | Anschrift der Krankenkasse | 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 der Krankenkasse | Anschrift der Krankenkasse |
|-----------------------|----------------------------|

V. Wohnverhältnisse

| Mieter/ mietähnlich Nutzungsberechtigte Personen | | Anzahl der Personen | Wohnungs-/ Hauseigentümer | |
|--|--|---------------------|---------------------------------------|---|
| Mietwohnung | Mietvertrag und letzte vollständige Betriebskostenabrechnung bitte beifügen. | | Hauslastenermittlung | Siehe Anlage A5 Bitte ausgefüllt beifügen |
| Möbliertes Zimmer/ Betreutes Wohnen | Mietvertrag bitte beifügen | | | |
| Wohngeld beantragt | Ja Nein | | Lastenzuschuss beantragt | Ja 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. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- und Steuerpflicht unterliegen. **Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge (der letzten 6 Monate lückenlos) etc.** Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben. 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 03/13

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 | | | | | | | |
| Waisenrente | | | | | | | |
| Betriebsrente | | | | | | | |
| Auslandsrente | | | | | | | |
| Sonstige Rente | | | | | | | |
| Pensionen | | | | | | | |
| Verletztengeld | | | | | | | |
| Kindergeld | | | | | | | |
| Versorgungsleistungen nach Bundesversorgungsgesetz | | | | | | | |
| Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz | | | | | | | |
| Kapitalerträge (z.B. Zinsen) | | | | | | | |
| Miet- und Pachteinnahmen | | | | | | | |
| Elterngeld | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Sonstige Einkommen | | | | | | | |

Antrag auf Leistungen
Stand 03/13

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

| | |
|---|---|
| Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu. | Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu: |
| freie Verpflegung | freie Unterkunft/ Wohnung |
| | sonstige Sachbezüge, nämlich |

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

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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 | Siehe Anlage A1 (Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen) | | | |
| Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, verschenkt oder übergeben? | | Ja | Nein | |
| Wann: | An wen: | Wert: | € | |

IX. Unterhaltspflichtige Personen außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(Kinder, Eltern, getrennt lebende/r bzw. geschiedene/r Ehegatte/in)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller | | | | | |
| 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/ Verfügen Ihre Eltern gemeinsam 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. | |

Antrag auf Leistungen
Stand 03/13

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

XI. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

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

| | | | |
|------------------------------|------------|-----------|--------------------|
| Bereits Sozialhilfe bezogen? | Nein 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.

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