

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Absender

Landratsamt Zwickau  
Sozialamt  
Postfach 10 01 76  
**08067 Zwickau**

**Antrag auf Leistungen nach dem  
Sozialgesetzbuch XII,  
Asylbewerberleistungsgesetz und dem  
Bundesversorgungsgesetz**

Firma/Einrichtung/Verein

Träger

Ansprechpartner

Anschrift

Vorname

Nachname

PLZ

Ort

Land

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

Faxnummer

Homepage

Zutreffendes bitte ankreuzen! ☐ bzw. ausfüllen!

|                                                                               |                          |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| Landratsamt Zwickau<br>Sozialamt<br>Postfach 10 01 76<br><b>08067 Zwickau</b> | Tag der Antragstellung:  | Eingangsstempel |
|                                                                               | Geschäfts-/Aktenzeichen: |                 |

Antrag auf Leistungen

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

- zur Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel Sozialgesetzbuch XII)
- zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel Sozialgesetzbuch XII)
- zur Hilfe zur Gesundheit (Fünftes Kapitel Sozialgesetzbuch XII)
- zur Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel Sozialgesetzbuch XII)
- zur Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Achstes Kapitel Sozialgesetzbuch XII)
- zur Hilfe in besonderen Lebenslagen (Neuntes Kapitel Sozialgesetzbuch XII)  
(Weiterführung Haushalt, Altenpflege, Blindenhilfe, Bestattungskosten)
- nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

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

I. Persönliche Verhältnisse

|                                                                                                                          | 1 Nachfragende Person        | 2 Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in)/ bei minder-jährigen Leistungsberechtigten Angaben über Vater und Mutter |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Familienname<br><small>(Kopie des Personalausweises beifügen, wenn der Antrag auf dem Postweg eingereicht wird.)</small> |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Geburtsname                                                                                                              |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Vorname                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Geburtsdatum                                                                                                             |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Geburtsort                                                                                                               |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Geschlecht                                                                                                               |                              |                                                                                                                                   |                              |
| PLZ/Wohnort                                                                                                              |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Straße/Hausnr.                                                                                                           |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Telefonnummer (freiwillig)                                                                                               |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Familienstand<br><small>(ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)</small>                | Seit                         | Seit                                                                                                                              | Seit                         |
| Bei Scheidung - Datum des Urteils<br><small>Nachweise beilegen</small>                                                   |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Unterhaltsregelungen/ Vater-schaftsanerkennung<br><small>Nachweise beilegen</small>                                      | Ja      Nein                 | Ja      Nein                                                                                                                      | Ja      Nein                 |
| Staatsangehörigkeit                                                                                                      |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Ausweisdokument                                                                                                          |                              |                                                                                                                                   |                              |
| In Deutschland lebend seit der Geburt (oder Einreisejahr)                                                                | Ja      Einreisejahr<br>Nein | Ja      Einreisejahr<br>Nein                                                                                                      | Ja      Einreisejahr<br>Nein |
| Steueridentifikationsnummer                                                                                              |                              |                                                                                                                                   |                              |
| Ausländerzentralregisternummer                                                                                           |                              |                                                                                                                                   |                              |

## I. Persönliche Verhältnisse

|                                                                                                                        |    |      |    |      |    |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|------|----|------|
| Ausländerrechtlicher Status/<br>Aufenthaltstitel                                                                       |    |      |    |      |    |      |
| Aussiedler/Spätaussiedler                                                                                              | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Schwerbehindertenausweis<br>(Kopie)                                                                                    | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Vormund/Betreuer/<br>Bevollmächtigter                                                                                  | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Wenn ja, bitte Anschrift des<br>Vormunds/ Betreuers/<br>Bevollmächtigten angeben<br>und Bestallungsurkunde<br>beifügen |    |      |    |      |    |      |

### 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.   |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| Familienname                                     |      |      |      |
| Geburtsname                                      |      |      |      |
| Vorname                                          |      |      |      |
| Geburtsdatum                                     |      |      |      |
| Geburtsort                                       |      |      |      |
| Geschlecht                                       |      |      |      |
| Familienstand                                    | Seit | Seit | Seit |
| Persönliche Stellung zur<br>nachfragenden Person |      |      |      |
| Staatsangehörigkeit                              |      |      |      |
| Ausländerrechtlicher Status/<br>Aufenthaltstitel |      |      |      |
| Steuer ID (bei Kindergeldbezug)                  |      |      |      |

## III. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII/§ 42 b 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 |
|                                                                                                                                                                       |      |              |
| 4. Ist die nachfragende Person alleinerziehend?                                                                                                                       | Nein | Ja           |
| 5. Nimmt die nachfragende Person am gemeinschaftlichen Mittagessen in einer WfbM teil?                                                                                | Nein | Ja           |

#### IV. Kranken- und Pflegeversicherung

| Nachfragende Person                             |                          | Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in) |                          |
|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|
| Name und Anschrift der Krankenkasse/Pflegekasse |                          | Name und Anschrift der Krankenkasse/Pflegekasse        |                          |
| Versicherungs-/Mitgliedsnummer                  |                          | Versicherungs-/Mitgliedsnummer                         |                          |
| Pflichtversicherung                             | Freiwillige Versicherung | Pflichtversicherung                                    | Freiwillige Versicherung |
| Familienversicherung                            | Private Versicherung     | Familienversicherung                                   | Private Versicherung     |
| keine Versicherung                              |                          | keine Versicherung                                     |                          |

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

| 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                   |
| nachfragende Person | nachfragende Person | nachfragende Person |
| eigene Versicherung | eigene Versicherung | eigene Versicherung |
|                     |                     |                     |

Name und Anschrift der Krankenkasse

## V. Wohnverhältnisse

| Mieter/ mietähnlich Nutzungsberechtigte Personen |                                                                              | Anzahl der Personen | Wohnungs-/ Hauseigentümer             |                                                             |                  |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|
| Mietwohnung                                      | Mietvertrag und letzte vollständige Betriebskostenabrechnung bitte beifügen. |                     | Hauslastenermittlung                  | <b>Siehe Anlage A5</b><br><b>Bitte ausgefüllt beifügen.</b> |                  |
| Möbliertes Zimmer/ Betreutes Wohnen              | Mietvertrag bitte beifügen                                                   |                     | Wohnung                               | Einfamilienhaus                                             | Mehrfamilienhaus |
| Heizungsart                                      | Sammelheizung                                                                | Einzelheizung       | Heizungsart                           | Sammelheizung                                               | Einzelheizung    |
| Brennstoffart                                    | Fernwärme                                                                    | Kohle               | Brennstoffart                         | Fernwärme                                                   | Kohle            |
|                                                  | Gas/Öl                                                                       | Strom               |                                       | Gas/Öl                                                      | Strom            |
| inklusive Kochfeuerung                           | Ja                                                                           | Nein                | inklusive Kochfeuerung                | Ja                                                          | Nein             |
| Warmwasser                                       | zentral                                                                      | Boiler              |                                       |                                                             |                  |
| 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. **Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Kontoauszüge der letzten 6 Monate lückenlos** (Bei Ausgabebuchungen, die durch Art. 9 DSGVO 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Arbeitseinkommen oder Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit/Ausbildungsvergütung |                     |                                             |          |          |          |
| Einkünfte aus selbstständiger Arbeit/Gewerbebetrieb/ Freiberuf                          |                     |                                             |          |          |          |
| Einkünfte aus Land-/Forstwirtschaft                                                     |                     |                                             |          |          |          |
| Entgelt der WfbM                                                                        |                     |                                             |          |          |          |
| Miet- und Pachteinnahmen                                                                |                     |                                             |          |          |          |
| Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden ...)                                                 |                     |                                             |          |          |          |
| Einnahmen aus Photovoltaikanlagen                                                       |                     |                                             |          |          |          |
| Arbeitslosengeld I                                                                      |                     |                                             |          |          |          |
| Bürgergeld/ Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II                          |                     |                                             |          |          |          |
| Insolvenzgeld                                                                           |                     |                                             |          |          |          |
| Krankengeld                                                                             |                     |                                             |          |          |          |
| Berufsunfähigkeits-/ Erwerbsminderungsrente                                             |                     |                                             |          |          |          |
| Witwen-/Witwerrente, sowie Waisen-/Halbwaisenrente                                      |                     |                                             |          |          |          |
| Unfallrente oder andere Leistungen aus einer Versicherung                               |                     |                                             |          |          |          |
| Betriebsrente, Pensionen                                                                |                     |                                             |          |          |          |
| Altersrente oder andere Rentenart (ausländische Rente ...)                              |                     |                                             |          |          |          |
| Verletzten-/ Übergangsgeld                                                              |                     |                                             |          |          |          |
| BAföG-Leistungen                                                                        |                     |                                             |          |          |          |
| Berufsausbildungsbeihilfe                                                               |                     |                                             |          |          |          |
| Kindergeld/Kinderzuschlag                                                               |                     |                                             |          |          |          |
| Elterngeld/Landeserziehungsgeld/Mutterschaftsgeld                                       |                     |                                             |          |          |          |
| Unterhalt/Unterhaltsvorschuss                                                           |                     |                                             |          |          |          |
| Blindengeld/Nachteilsausgleich                                                          |                     |                                             |          |          |          |
| Leistungen der Pflegekasse                                                              |                     |                                             |          |          |          |
| Wohngeld                                                                                |                     |                                             |          |          |          |
| Versorgungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)/SGB XIV                    |                     |                                             |          |          |          |
| Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)                                        |                     |                                             |          |          |          |
| Einmalige Einnahmen der letzten 12 Monate (Steuererstattung, Erbschaft ...)             |                     |                                             |          |          |          |
| Sonstige Einkünfte                                                                      |                     |                                             |          |          |          |

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ bzw. ausfüllen!

Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland

Nein Ja (Wenn "Ja", dann werden folgende Angaben benötigt: Wohnort, Erwerbstätigkeit und Zeiten der Erwerbstätigkeit lückenlos auf einem Extrablatt)

Fließen den zum Haushalt gehörenden Personen Sachbezüge zu? Ja Nein  
wenn ja, welche: freie Verpflegung freie Unterkunft/ Wohnung/Wohnrecht sonstige Sachbezüge, nämlich

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

VII. Besondere Belastungen Bitte Nachweise der aktuellen Beitragsfestsetzung beifügen.

|                                                                                                                                                                |  |                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| Hausratversicherung                                                                                                                                            |  | Haftpflchtversicherung     |  |
| Staatlich geförderte (zertifizierte) Rentenversicherung (Riesterrente)                                                                                         |  | Kfz-Haftpflchtversicherung |  |
| Sonstige Belastungen                                                                                                                                           |  |                            |  |
| Mit der Erzielung von Erwerbseinkommen verbund. Belastungen (Arbeitsmittel, Fahrtkosten, Beiträge Berufsverbände, Mehraufwendungen, doppelte Haushaltsführung) |  |                            |  |

VIII. Angaben zum Vermögen

|                                                                                                                         |                                                                               |       |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| Girokonto/Bargeld/Sparguthaben/Anlagevermögen/sonstiges Vermögen                                                        | Siehe Anlage A1<br>(Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen) |       |      |
| Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, verschenkt oder übergeben?                                    |                                                                               | Ja    | Nein |
| Wann:                                                                                                                   | An wen:                                                                       | Wert: |      |
| Wurde von der nachfragenden Person eine Immobilie übertragen oder wurde der nachfragenden Person ein Wohnrecht gewährt? |                                                                               | Ja    | Nein |

IX. Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(weitere Kinder bitte auf einem extra Blatt) keine Kinder vorhanden.

|                                  | Vater | Mutter | Ehegatte, Lebenspartner (außer geschiedene) | 1. Kind | 2. Kind |
|----------------------------------|-------|--------|---------------------------------------------|---------|---------|
| Name                             |       |        |                                             |         |         |
| Vorname                          |       |        |                                             |         |         |
| Geburtsdatum                     |       |        |                                             |         |         |
| Geburtsort                       |       |        |                                             |         |         |
| Familienstand                    |       |        |                                             |         |         |
| Ausgeübte Tätigkeit/ Arbeitgeber |       |        |                                             |         |         |
| PLZ/Wohnort                      |       |        |                                             |         |         |
| Straße/Hausnr.                   |       |        |                                             |         |         |

Verfügt eines Ihrer Kinder/ein Elternteil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 € jährlich (Summe aus allen bezogenen Einkünften)? Nein Ja

Name der betreffenden Personen:

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ bzw. ausfüllen!

## X. Bisheriger Leistungsbezug/Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

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

|                                                            |            |           |  |                    |  |
|------------------------------------------------------------|------------|-----------|--|--------------------|--|
| Wurde bereits Sozialhilfe/<br>Eingliederungshilfe bezogen? | Nein<br>Ja | Zeitraum: |  | Stadt/<br>Gemeinde |  |
|------------------------------------------------------------|------------|-----------|--|--------------------|--|

Wo wohnte die nachfragende Person vor Beantragung der Hilfe/ Heimaufnahme oder Einzug in eine Wohngruppe bzw. stationäre Einrichtung?

| 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 Art. 9 DSGVO 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 Abbuchungen, 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 (gemäß Art. 9 DSGVO), soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art.13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie unter [www.landkreis-zwickau.de/dsgvo\\_sozialamt](http://www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_sozialamt).

### Zustellungsvollmacht/Bekanntgabevollmacht

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

|                              |
|------------------------------|
| Frau/Herr                    |
| PLZ/ Wohnort                 |
| Straße/ Nr.                  |
| Tel.<br>(freiwillige Angabe) |

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

|                |  |                      |         |
|----------------|--|----------------------|---------|
| Kreditinstitut |  | Kontoinhaber         |         |
| IBAN           |  | Pfändungsschutzkonto | Ja Nein |

**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.**

Unterschrift der nachfragenden Person/  
des gesetzlichen Vertreters/  
Bevollmächtigten

Unterschrift des Ehegatten/  
Lebenspartners/ Lebensgefährten

Aufgenommen am:

Aufgenommen durch: