

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Absender

Landratsamt Zwickau  
Sozialamt  
Werdauer Straße 62  
**08056 Zwickau**

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

Firma/Einrichtung/Verein			
Träger			
Ansprechpartner	Vorname		Nachname
Anschrift	PLZ	Ort	Land
	Straße		Hausnummer
Telefonnummer	E-Mail		
Faxnummer	Homepage		

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)

**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	Seit	Seit
Bei Scheidung - Datum des Urteils <small>Nachweise beilegen</small>					
Unterhaltsregelungen/ Vaterschaftsanerkennung <small>Nachweise beilegen</small>	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein
Staatsangehörigkeit					
Ausweisdokument					
Nummer des Ausweisdokuments					
In Deutschland lebend seit der Geburt (oder Einreisejahr)	Ja      Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ja      Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ja      Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ja      Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ja      Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>
Ausländerrechtlicher Status					
Aussiedler/Spätaussiedler	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein
Schwerbehindertenausweis <small>(Kopie)</small>	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein
Vormund/Betreuer	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein	Ja      Nein
Wenn ja, bitte Anschrift des Vormunds/ Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen					

Antrag auf Leistungen - Stand 11/2018

**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 und Anschrift der Krankenkasse		Name und Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine Pflichtversicherung      Freiwillige Versicherung		Es handelt sich um eine Pflichtversicherung      Freiwillige Versicherung	

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 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		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
inklusive Warmwasser	Ja Nein				
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 § 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							

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							

\*) 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. freie Verpflegung	Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu: freie Unterkunft/ Wohnung sonstige Sachbezüge, nämlich
--	--

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

Antrag auf Leistungen - Stand 11/2018

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	<b>Siehe Anlage A1</b> (Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen)
--	--

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, verschenkt oder übergeben?		Ja	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

Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland

Nein

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

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.	



## 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.

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 Ausgabebuchungen, 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.  
Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich erhalten.

### 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:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!