

## Hauptantrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Hilfe zum Lebensunterhalt

Grund für die Antragstellung: \_\_\_\_\_

Dieser Antrag umfasst den Hauptantrag und 8 Anlagen.

### Persönliche Angaben des Antragstellers:

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| <b>Familienname:</b>  |  | <b>Geburtsname:</b>  |  |
| <b>Vorname(n):</b>    |  | <b>Geburtsdatum und -ort:</b>                              |  |
| <b>Anschrift:</b>     |  | <b>Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltsrechtlicher Status:</b> |  |
| <b>Familienstand:</b> |  | <b>Betreuer:</b>   |  |

Schwerbehindertenausweis?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

GdB, Merkzeichen: \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_

Telefonnummer bzw.

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben des Ehegatten des Antragstellers:

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| <b>Familienname:</b>  |  | <b>Geburtsname:</b>  |  |
| <b>Vorname(n):</b>    |  | <b>Geburtsdatum und -ort:</b>                              |  |
| <b>Anschrift:</b>     |  | <b>Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltsrechtlicher Status:</b> |  |
| <b>Familienstand:</b> |  | <b>Betreuer:</b>   |  |

Schwerbehindertenausweis?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

GdB, Merkzeichen: \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_

Telefonnummer bzw.

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

### Bei vorhandener Betreuung/ Vollmacht des Antragstellers oder des Ehegatten (bitte

Betreuungsurkunde/ Vollmacht immer vorlagen!):

Name und Adresse des Betreuers/ Bevollmächtigten:

\_\_\_\_\_

### Angaben zur Krankenversicherung des Antragstellers:

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ KV-Nr.: \_\_\_\_\_

| Art der Krankenversicherung   | x | Monatlicher Beitrag | Wird von folgendem Einkommen bezahlt: |
|---|---|---------------------|---------------------------------------|
| Private Krankenversicherung   |   |                     |                                       |
| Gesetzliche Krankenversicherung   |   |                     |                                       |
| Familienversicherung  |   |                     |                                       |
| Freiwillige Krankenversicherung   |   |                     |                                       |
| Versicherung als Rentenantragsteller  |   |                     |                                       |
| <b>Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?</b> |   |                     |                                       |

**Persönliche Angaben zu allen weiteren Haushaltsangehörigen:**

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Familienname                                |  |  |  |  |
| Vorname(n)                                  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum                                |  |  |  |  |
| Familienstand                               |  |  |  |  |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller |  |  |  |  |
| Beruf                                       |  |  |  |  |
| Hauptsächliches Einkommen                   |  |  |  |  |

Bei Unterbringung im Heim/ in einer besonderen Wohnform: Wann und von wo wurde zum ersten Mal in das Heim/ die besondere Wohnform umgezogen? \_\_\_\_\_

Es werden Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt seit \_\_\_\_\_ vom Landratsamt/ Stadt \_\_\_\_\_.

Wie wird derzeit der Lebensunterhalt bestritten? \_\_\_\_\_

Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?  nein  ja  
Falls ja, von welcher Behörde? \_\_\_\_\_

**Hinweise:**

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder des gesetzlichen Vertreters aus der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit Ihrem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII)

**Bankverbindung, auf welche die Leistung überwiesen werden soll:**

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen haben.**

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche an Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen.

**Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.**

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. *Sind die Voraussetzungen für die Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsofopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller, bzw. gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte/ Ehegattin