

Antrag auf Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel und / oder auf Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII

Übertrag von Teil 1:

Name _____

Vorname _____

Antrag auf

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Essen auf Rädern
- Eingliederungshilfe
- Hilfe in besonderen Sozialen Schwierigkeiten
- Telefonhilfe im Rahmen der Altenhilfe

- Mehrbedarf § 30 SGB XII wegen _____
- Hilfen zur Gesundheit
- Hilfe zur Pflege
- Fahrkostenzuschuss im Rahmen der Altenhilfe
- Sonstiges

Wohnverhältnisse

Vermieter _____

Telefon / Mobil _____

Anschrift _____

Vertreten
durch (RA) _____

Wohnungsgröße _____ m² Baujahr _____ Anzahl der Räume _____ Heizungsart _____

Ohne festen
Wohnsitz Nein Ja

Wohnhaft bei wech-
selnden Bekannten Nein Ja

Monatliche
Gesamtbelastung _____ €

Grundmiete _____ €

Nebenkosten _____ €

Heizung _____ €

Warmwasseraufbereitung
durch _____

Untermietzuschlag/
Sonstiges (Garage) _____ €

Haushaltsenergie
enthalten Nein Ja; Höhe: _____ €

Untervermietet Nein Ja

Mietrückstände Nein Ja; Seit: _____

Ggf. Höhe der
Mietrückstände _____ €

Selbst bewohnte
Immobilie Wohnung Haus

monatliche
Zinsbelastung _____ €

monatliche Tilgung _____ €

sonst. Kosten (z. B.
Grundsteuer, mtl.
Verbrauchsdaten) _____ €

Kranken-, Pflege-
versicherung

Wenn Mitgliedsbeiträge anfallen (bei gesetzlicher Pflichtversicherung oder gesetzlicher freiwilliger Versicherung oder bei privater Versicherung)

Beitragshöhe für
Krankenversicherung _____ €

Beitragshöhe für
Pflegeversicherung _____ €

Aufnahme in Krankenversicherung wurde beantragt (freiwillige Versicherung / gesetzliche oder private Pflichtversicherung nach GKV-WSG)

Anspruch auf
Krankenversorgung
nach § 276 LAG Nein Ja

Anspruch auf
Krankenversorgung
nach BVG Nein Ja

Betreuungskosten

Haus mit Betreuung
nach § 67 SGB XII _____

Höhe der täglichen
Betreuungskosten _____ €

**Berufs- und
Arbeitsverhältnisse**

Arbeitsverhältnisse der letzten drei Jahre vor Überprüfungszeitraum (Prüfung von Ansprüchen auf Arbeitslosengeld)

Person Nr.

Nicht arbeitslos Arbeitslos seit: _____

Arbeitslosengeld I beantragt Ja, Nein **Stammnummer:** _____

Letzte Arbeitgeber (Adresse) _____

Letzte Arbeitgeber (Adresse) _____

Letzte Arbeitgeber (Adresse) _____

Gründe für die Lösung des Arbeitsverhältnisses _____

Letzte Arbeitslosmeldung _____

Dauer des Arbeitsverhältnisses Von _____ Bis _____

Dauer des Arbeitsverhältnisses Von _____ Bis _____

Dauer des Arbeitsverhältnisses Von _____ Bis _____

Person Nr.

Nicht arbeitslos Arbeitslos seit: _____

Arbeitslosengeld I beantragt Ja, Nein **Stammnummer:** _____

Letzte Arbeitgeber (Adresse) _____

Letzte Arbeitgeber (Adresse) _____

Letzte Arbeitgeber (Adresse) _____

Gründe für die Lösung des Arbeitsverhältnisses _____

Letzte Arbeitslosmeldung _____

Dauer des Arbeitsverhältnisses Von _____ Bis _____

Dauer des Arbeitsverhältnisses Von _____ Bis _____

Dauer des Arbeitsverhältnisses Von _____ Bis _____

**Unterhaltspflichtige
Personen außer-
halb des Haushalts**

(getrennt lebende / geschiedene Ehegattinnen / Ehegatten, getrennt lebende Partnerinnen / Partner einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft bzw. aufgehobenen Lebensgemeinschaft, Mütter / Vater des nichtehelichen Kindes, Eltern, Kinder)

Unterhalt für Person(en) Nr(n).

Familienname _____

Geburtsdatum _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Strasse, Hausnummer _____

Vorname _____

Familienstand _____

Beruf/aktuelle Tätigkeit _____

Postleitzahl, Ort _____

Unterhalt für Person(en) Nr(n).

Familienname _____

Geburtsdatum _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Strasse, Hausnummer _____

Vorname _____

Familienstand _____

Beruf/aktuelle Tätigkeit _____

Postleitzahl, Ort _____

Unterhalt für Person(en) Nr(n).

Familienname _____

Geburtsdatum _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Strasse, Hausnummer _____

Vorname _____

Familienstand _____

Beruf/aktuelle Tätigkeit _____

Postleitzahl, Ort _____

keine Kinder

Eltern verstorben

Einkünfte

Einkommen aus nicht selbständiger Tätigkeit, Leistungen der Krankenkasse, Gewerbebetrieb oder sonstigen selbständigen Tätigkeit, Land- und Forstwirtschaft, Vermietung und Verpachtung, Untervermietung, Wohngeld/Lastenzuschuss, Renten/Pensionen, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, des Lastenausgleichsgesetzes, der Arbeitsagentur, Leistungen für Kinder, Ausbildungsförderung, Unterhalt, privatrechtlich geldwerte Ansprüche, Steuererstattung, Kapitalerträge, sonstige Einkünfte

Person Nr. <input type="text"/>	Einkommensart _____	Höhe _____	€
Person Nr. <input type="text"/>	Einkommensart _____	Höhe _____	€
Person Nr. <input type="text"/>	Einkommensart _____	Höhe _____	€
Person Nr. <input type="text"/>	Einkommensart _____	Höhe _____	€
Person Nr. <input type="text"/>	Einkommensart _____	Höhe _____	€
Person Nr. <input type="text"/>	Einkommensart _____	Höhe _____	€
	Kindergeld wird gezahlt für _____	Empfänger von Kindergeld ist _____	
	Kindergeldnummer _____		

Vom Einkommen abzusetzen

Ausgaben i. R. v. § 82 Abs. 2 SGB XII; Versicherungen z.B.: Haftpflicht-, Hausrat-, Kfz-, Arbeitslosen-, Renten-, Unfall-, Lebens-, Sterbeversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung s.o.

Öffentliche Verkehrsmittel _____	€	Eigenes Kfz/ einfache Entfernung Wohnung / Arbeit _____	km
Vorhandene Versicherungen _____		Mtl. Beitragshöhe _____	€
Vorhandene Versicherungen _____		Mtl. Beitragshöhe _____	€
Beitrag zu VdK/ Berufsverbänden _____	€	Berufsbekleidung _____	€
Sonstiges _____		Höhe _____	€

Besondere Belastungen

Schulden / Abzahlungsverpflichtungen _____	€	Gläubiger (ggf. Aufstellung) _____	
Gesamte mtl. Ratenverpflichtung _____	€	Derzeitiger Schuldendstand _____	€
Pfändungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Art (Konto-, Gehaltspfändung, o.ä.) _____	
Eidesstattliche Versicherung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Privatinsolvenz <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Unterhaltsleistungen an folgende Person _____		Höhe der mtl. Unterhaltszahlungen _____	€
Sonstiges _____			

Vermögenswerte

Gesamt-Bargeld _____	€	Gesamt-Sparguthaben / Bankguthaben _____	€
Person Nr. <input type="text"/>	Bei folgenden Banken _____	Kontonummer _____	
Person Nr. <input type="text"/>	Bei folgenden Banken _____	Kontonummer _____	
Person Nr. <input type="text"/>	Haus- / Grundbesitz, Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	(auch im Ausland; bei geschütztem Haus- / Grundbesitz Kostenersatzpflicht der Erben gem. § 102 SGB XII beachten!)	
Person Nr. <input type="text"/>	Lebensversicherung <input type="checkbox"/> Nein Rückkaufswert: <input type="checkbox"/> Ja, _____	Staatl. geförderte priv. Altersvorsorge <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	€

Person Nr. Kraftfahrzeug Nein Kennzeichen: _____ Vertragl. Ansprüche ggü. Dritten (Wohnrecht, Nießbrauch) Nein Ja

Ja, _____

Person Nr. Sonstige Vermögenswerte (z.B. Bausparvertrag Sterbegeldvers.) _____

Person Nr. Vermögenswerte in den letzten 10 Jahren veräußert, an _____ übergeben, an _____ verschenkt, an _____

Einsatz des Vermögens möglich? Nein, weil _____ Ja

Nicht geklärte Ansprüche

Weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche des Antragsstellers oder der Haushaltsangehörigen, aus denen ein Leistungsanspruch entstehen kann, z. B. aus Lastenausgleich, Sozial-, Unfallversicherung, als Kriegsbeschädigter, aufgrund von geleisteten Rentenversicherungsbeiträgen, aufgrund von Krankheit, Schadensersatz oder aufgrund weiterer Rechtsgründe (z.B. Rentenansprüche aufgrund einer mindestens fünf Jahre andauernden Tätigkeit in Ländern außerhalb Deutschlands)

Antrag gestellt am _____ bei _____

Antrag gestellt am _____ bei _____

Aufenthaltsverhältnisse

Falls Leistungen innerhalb eines Monats nach einem stationären Aufenthalt in München beantragt werden, oder falls Leistungen für einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung oder in einer ambulant betreuten Wohnform (bei Pflegebedürftigkeit oder dem Vorliegen besonderer sozialer Schwierigkeiten) beantragt werden, ist das **Formblatt "Aufenthaltsverhältnisse"** auszufüllen.

Im Punkt "Aufenthaltsverhältnisse" haben sich seit dem letzten Antrag keine Änderungen ergeben.

Person(en) Nr(n). <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Letzter Bezug von öffentl. Leistungen (Sozialhilfe, AIG II, Jugendhilfe etc.) _____	Aufenthaltsort und Adresse während Leistungsbezug _____
Person(en) Nr(n). <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Letzter Bezug von öffentl. Leistungen (Sozialhilfe, AIG II, Jugendhilfe etc.) _____	Aufenthaltsort und Adresse während Leistungsbezug _____
	bei der Beantragung von Leistungen in <input type="checkbox"/> stat. Einrichtungen (KH, JVA, Heim) / Pflegefamilien <input type="checkbox"/> ambulant betreuten Wohnform (Pflegebed., bes. soz. Schw.)	Angabe der Adresse des unmittelbar vorherigen Aufenthalts _____
Person(en) Nr(n). <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Grenzübertritt aus dem Ausland am (§ 108 SGB XII) _____	letzter Wohnsitz im Bundesgebiet _____
Person(en) Nr(n). <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Grenzübertritt aus dem Ausland am (§ 108 SGB XII) _____	letzter Wohnsitz im Bundesgebiet _____

Geldleistungen

Auszahlung der Geldleistungen Konto Bar Postscheck

Kontoinhaber: _____ Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Datenweitergabe bei Pflegeleistungen/Direktzahlung an den Pflegedienst

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus einen Abdruck meines Leistungsbescheids an die Einrichtung(en), den/die Dienst(e), die Person(en), welche mit meiner Pflege betraut sind, übersendet. Diese können hieraus ersehen, in welcher Höhe vom Sozialhilfeträger Kosten übernommen werden. Des weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus Fragen der Kostenabrechnung (z.B. Anwendbarkeit von Leistungskomplexen u.ä.) direkt mit den mit meiner Pflege Betrauten klärt.

(Ihre Erklärung beruht auf Ihrer freien Entscheidung. Eine Verweigerung Ihres Einverständnisses hat keine sozialhilferechtlich negativen Folgen, führt aber ggf. zu Verzögerungen in der Abrechnung.)

Ja Nein Ich werde den mit meiner Pflege Betrauten selbst einen Abdruck des Leistungsbescheids übersenden und möchte, dass alle Fragen der Kostenabrechnung mit mir persönlich geklärt werden.

Ich bin ebenfalls einverstanden, dass eine Zahlung direkt an die Leistungserbringer erfolgen kann. Dies dient der effektiven Sicherung meines sozialhilferechtlichen Anspruchs.

Ja Nein

Belehrung/Hinweise

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich jede **Veränderung in meinen Familienverhältnissen** (dazu gehört auch ein Wechsel der Staatsangehörigkeit), jede **Veränderung in meinen Vermögens- und Einkommensverhältnissen**, **vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort** (länger als 1 Woche; z.B. Urlaub), Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) dem Amt für Soziale Sicherung/dem Sozialbürgerhaus/ Amt für Wohnen und Migration unverzüglich und unaufgefordert mitteilen muss. Mitzuteilen ist auch jede **Änderung der Wohnverhältnisse** (z.B. eigener Umzug, Zuzug von Personen in die Wohnung oder Auszug von in der Wohnung lebenden Personen).

Es reicht nicht aus, wenn vorstehende Änderungen anderen Behörden (z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit) oder anderen Dienststellen der Landeshauptstadt München (z.B. Amt für Wohnen und Migration) mitgeteilt werden.

Ich weiß, dass auch künftig von mir **angespartes Vermögen** – auch solches aus Sozialhilfeleistungen bzw. Sozialleistungen, z.B. Ansparung aus Pflegegeld, Krankengeld, etc. – anzugeben ist. Außerdem werde ich **Forderungen**, die ich in Zukunft erwerbe, bzw. die in Zukunft fällig werden (z.B. Renten, Erbsprüche) dem Amt für Soziale Sicherung/ Sozialbürgerhaus/ Amt für Wohnen und Migration unverzüglich mitteilen.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit - unabhängig von der Höhe des Einkommens - ist vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort mitzuteilen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Sozialhilfeträger übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Krankengeld, Rente, Arbeitslosengeld I) vom Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/ Amt für Wohnen und Migration geltend gemacht werden können; Ansprüche auf Unterhalt gehen bis zur Höhe der gewährten Sozialhilfe kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Angaben / Unterlagen, die wir im Zusammenhang mit der Prüfung einer Sozialhilfeleistung von einer in § 203 Abs. 1 und 3 StGB genannten Person (z.B. **Arzt**) erhalten haben, können von uns an andere Stellen weiter gegeben werden, wenn

- dies für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder
- dies für die Erfüllung unserer Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch oder
- dies für eine Aufgabe nach dem Sozialgesetzbuch derjenigen Stelle, an welche wir die Daten übermitteln, erforderlich ist. **Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie dieser Weitergabe widersprechen können.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Daten vom Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/ Amt für Wohnen und Migration automatisch und regelmäßig in dem in § 118 Abs. 1 SGB XII vorgesehenen Umfang (z.B. mit der Rentenversicherung oder dem Bundeszentralamt für Steuern) abgeglichen werden. Ich wurde auch informiert, dass das Amt für Soziale Sicherung/ Sozialbürgerhaus/

Amt für Wohnen und Migration zur Vermeidung rechtswidriger Inanspruchnahme von Sozialhilfe befugt ist, meine Daten in dem in § 118 Abs. 4 SGB XII vorgesehenen Umfang mit der Einwohnermelde-datei und der Kfz-Datei abzugleichen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die zum Bezug von Sozialhilfe gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfeleistungen zurückzahlen muss, bzw. diese auch im Wege der Aufrechnung einbehalten werden können (§26 SGB XII).

München, den _____

Mir/Uns wurde ein Informationsblatt „Belehrung“ ausgehändigt

Für Ausländerinnen/Ausländer:

Ich/Wir habe/n die Erklärung in deutscher Sprache verstanden

Mir/Uns wurde die Erklärung in meine Muttersprache übersetzt

Für die Übersetzung:
Frau/ Herr: _____

Unterschrift
der Übersetzerin/
des Übersetzters: _____

Unterschrift(en) der Antragstellerinnen /
der Antragsteller _____

Unterschrift(en) weitere Personen
(z.B. Betreuerinnen / Betreuer) _____

Aufgenommen von Sachbearbeiterin /
Sachbearbeiter (Unterschrift) _____

Belege eingesehen Ja Nein