



**2. Leben weitere Personen in der Wohnung? nein  ja  wenn ja, bitte folgende Angaben:**

Name, Vorname	Verhältnis zum Antragsteller (z.B. Lebenspartner eines Elternteils, Kind o.ä.)	Geburtsdatum	Geburtsort
Beruf		Arbeitgeber	monatliches Netto-Einkommen in €

**3. Kinder, Elternteil, getrenntlebende oder geschiedene Ehegatte/Lebenspartner, die außerhalb der Wohnung leben (ggf. Beiblatt beifügen)**

Nachname, Vorname	Verhältnis zum/zur Antragsteller/in (z.B. Kind, geschiedener Ehegatte o.ä.)	Beruf/derzeitige berufliche Tätigkeit
<b>Es wird vermutet, dass das Jahreseinkommen dieser Personen 100.000 € überschreitet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></b>		
Nachname, Vorname	Verhältnis zum/zur Antragsteller/in (z.B. Kind, geschiedener Ehegatte o.ä.)	Beruf/derzeitige berufliche Tätigkeit
<b>Es wird vermutet, dass das Jahreseinkommen dieser Personen 100.000 € überschreitet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></b>		
Nachname, Vorname	Verhältnis zum/zur Antragsteller/in (z.B. Kind, geschiedener Ehegatte o.ä.)	Beruf/derzeitige berufliche Tätigkeit
<b>Es wird vermutet, dass das Jahreseinkommen dieser Personen 100.000 € überschreitet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></b>		
Nachname, Vorname	Verhältnis zum/zur Antragsteller/in (z.B. Kind, geschiedener Ehegatte o.ä.)	Beruf/derzeitige berufliche Tätigkeit
<b>Es wird vermutet, dass das Jahreseinkommen dieser Personen 100.000 € überschreitet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></b>		
Nachname, Vorname	Verhältnis zum/zur Antragsteller/in (z.B. Kind, geschiedener Ehegatte o.ä.)	Beruf/derzeitige berufliche Tätigkeit
<b>Es wird vermutet, dass das Jahreseinkommen dieser Personen 100.000 € überschreitet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></b>		

#### 4. Angaben zur Beeinträchtigung/Behinderung

<input type="checkbox"/> Körperbehinderung <input type="checkbox"/> Sehbehinderung <input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Hörbehinderung <input type="checkbox"/> Autismus  <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Psychische/Seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung  <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____
---	--	---

Fach-/Ärztliche Unterlagen sind beigefügt  
 Fach-/Ärztliche Unterlagen sind nicht gefügt, weil \_\_\_\_\_  
 Fach-/Ärztliche Unterlagen liegen nicht vor.

#### 5. Ursache zur Beeinträchtigung/Behinderung

Behinderung von Geburt an <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Behandlungsfehler <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____
Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht: <input type="checkbox"/> ja, bitte Unterlagen beifügen (Versicherungsunterlagen, Gerichtsunterlagen, Rechtsstreitunterlagen) <input type="checkbox"/> nein, weil: _____
Behinderung durch einen Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall, bitte Aktenzeichen der Polizei/Staatsanwaltschaft angeben <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall _____  <input type="checkbox"/> lag ein Eigenverschulden vor <input type="checkbox"/> lag Fremdverschulden vor  bitte Unterlagen beifügen (Versicherungsunterlagen, Gerichtsunterlagen, Rechtsstreitunterlagen)  Erhalten Sie Entschädigungsleistungen wie z. B. Schmerzensgeld, Unfallrente, Sonstige Geldleistung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Wenn ja: _____
Behinderung durch einen Impfschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Gründe der Behinderung: _____ _____

**6. Kosten der Unterkunft – Mietbescheinigung ist beigelegt – (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Anlage 2)**

Gesamtfläche des Hauses/der Wohnung:		Anzahl der Personen, die die Unterkunft bewohnen:	
Kaltmiete €	Nebenkosten – ohne Heizung – soweit nicht in der Miete enthalten € z. B. Gebühr für Kanal, Müllabfuhr, Wassergeld, Flur-, Treppenhausbeleuchtung bzw. –Reinigung	Wohngeld €	
Heizungspauschale € <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitung		Brutto-Miete €	bewilligt bis / beantragt am
Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	Heiz-Energie <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme	Koch-Energie <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom	Einnahmen aus Untervermietung €
Besteht ein freies Wohnrecht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vertrag hat zur Einsicht vorgelegen			

**7. Wirtschaftliche Verhältnisse des Personenkreises nach § 19 SGB XII**

**7.1 Einkommen – Im In- und Ausland (Nachweise sind beigelegt) -**

	Leistungs- berechtigter €/monatlich	Haushaltsangehörige		
		Ehegatte €/monatlich	Mutter €/monatlich	Vater €/monatlich
Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit – Netto -				
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, z. B. Gewerbe, Handel, freie Berufe				
Einkünfte aus einer nichtselbstständigen Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte Menschen (WfbM) oder Budget für Arbeit				
Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung				
Sachbezüge <input type="checkbox"/> Kost und Wohnung <input type="checkbox"/> Deputate				
Unterhaltszahlungen (vgl. 6.2) <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussleistungen				
Kindergeld				
Agentur für Arbeit: <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld (ALG 1) <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeits-Suchende (ALG II) <input type="checkbox"/> sonstige Leistungen (BAB)				
Sozialleistungsträger <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt				
Leistungen der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld				
Leistungen der Pflegekasse <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag <input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen				
Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> EU-Rente <input type="checkbox"/> Altersruhegeld <input type="checkbox"/> BU-Rente <input type="checkbox"/> Witwenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Witwerrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Landw. Altersruhegeld				
<input type="checkbox"/> ausländische Rente bzw. Ansprüche <input type="checkbox"/> Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland (Beiblatt beifügen)				
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz/Opferentschädigungsgesetz				

<input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> sonstige Leistungen				
Lastenausgleich, z. B. Unterhaltshilfe, Entschädigungsrente, Pflegezulage				
BAföG				
Sonstiges Einkommen (z. B. Waisengeld, Mieteinnahme, Pachteinnahme, Spenden, freiwillige Zuwendungen Dritter, u. s. w.)				
Bemerkungen				
<b>7.2 Das anrechenbare Einkommen wird – unter Berücksichtigung besonderer Belastungen – gesondert ermittelt und berechnet!</b>				
<b>7.3 Vermögen</b>				
<b>Die Erklärung über Vermögen – Anlage 3 – ist in jedem Fall abzugeben.</b>				

**8. Wirtschaftliche Verhältnisse des Personenkreises nach § 19 SGB XII**

	Leistungsberechtigter	Ehegatte	Mutter	Vater
<b>8.1 Versicherungen</b>				
8.11 Sozialversicherung				
Krankenversicherung				
Krankenkasse				
Vers. Nr.				
versichert als				
Rentenvers. Träger				
Vers. Nr.				
Arbeitslosenvers. Nr.				
Unfallvers. Träger				
Vers. Nr.				
Betriebsrente/Betrieb				
Vers. Nr.				
8.12 Private Versicherungen				
8.13 Ausl. Rentenversicherung				
<b>8.2 Unterhalt</b>				
Unterhaltsklage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Titel/Vertrag				
hat vorgelegen am				
Rechtsanwalt (Name, Anschrift)				
<b>8.3 Verträge</b>				
z. B. Pflegeverpflichtung, Erbvertrag				
<b>8.4 Gesundheitsschäden</b>				
z. B. durch Unfall, Fremdverschulden				
<b>8.5 Sonstige</b>				
z. B. Beihilfen im öffentlichen Dienst				
<b>8.6 Nicht geklärte Ansprüche</b> Sind Ansprüche noch nicht realisiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar aus <input type="checkbox"/> Krankheit Sozialversicherung <input type="checkbox"/> Unfall Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsg. Rechtsgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt/Anspruch geltend gemacht:				

**9. Zuständigkeit**

<b>Fragen zur Klärung der Zuständigkeit</b>	
Wurde bereits früher Sozialhilfe/Grundsicherung oder Eingliederungshilfe bezogen?	ja <input type="checkbox"/> vom bis nein <input type="checkbox"/> Anschrift Behörde:
<p>Bei Unterbringung oder Entlassung in/aus einer Einrichtung oder gemeinschaftlichen Wohnform</p> <p>a) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor <u>Aufnahme</u> in die Einrichtung oder gemeinschaftliche Wohnform</p> <p>b) Bei <u>Übertritt</u> von einer Einrichtung oder einer gemeinschaftlichen Wohnform in eine andere Einrichtung usw.. Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung/ gemeinschaftliche Wohnform? Wer war bisher Kostenträger?</p> <p>Bezeichnung und Ort der Einrichtung/gemeinschaftlichen Wohnform?</p> <p>c) Bei <u>Entlassung</u> aus der Einrichtung oder gemeinschaftlichen Wohnform: Wo und bis wann war der letzte Einrichtungs-/ gemeinschaftliche Wohnformaufenthalt?</p>	

<b>Bankverbindung:</b>		
Bank/Sparkasse	IBAN:	Bankleitzahl und BIC:
Name des Kontoinhabers (falls die Leistung nicht auf des Konto des Hilfesuchenden überwiesen werden soll)		

**Erklärung des Antragstellers \*\*\* und Mitwirkungspflicht mit Belehrung zur Wahrheitspflicht**

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Ich wurde auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 60 ff Sozialgesetzbuch- SGB I- Allgemeiner Teil) hingewiesen. Bei Verletzung der Mitwirkungspflichten kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

\*\*\* Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur von einem Antragsteller ausgegangen. Tatsächlich sind alle Antragssteller gemeint!

**Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig.**

Datum: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Hilfesuchenden **und** seines Ehegatten **oder** seines gesetzlichen Vertreters)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des gesetzlichen Betreuers)

## Erklärung über Vermögen im In- und Ausland

Hinweis: Wer Sozialhilfe beansprucht, muss bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen mitwirken.  
Über den Einsatz oder die Verwertung von Vermögen entscheidet der Träger der Sozialhilfe.

<b>1.</b>	<input type="checkbox"/> Guthaben und Bargeld , wie z. B.			
1.1.1	Girokonto/Girokonten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Guthaben _____ €
1.1.2	Sparbuch/Sparbücher	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Guthaben _____ €
1.1.3	Prämienbausparverträge	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Guthaben _____ €
1.1.4	Barbetragskonto in der Einrichtung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Guthaben _____ €
1.2	*) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien)			
1.3	*) Forderungen (z. B. aus Darlehen)			
1.4	Lebensversicherung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Rückkaufswert _____ €
1.5	Sterbegeldversicherung/Bestattungsvorsorge	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Guthaben _____ €
1.6	*) sonstiges Vermögen (z. B. Versicherung – Rückkaufswert angeben, Sachwerte)			
1.7	*) <input type="checkbox"/> Hausgrundstück, <input type="checkbox"/> Wohnungs- und Stockwerkseigentum, <input type="checkbox"/> Dauerwohnrecht (Ort, Straße, Haus-Nr. )			
	Anzahl der Wohnungen	bei 2 und mehr Wohnungen mtl. Mieteinnahme €	Brandversicherung Stammversicherungssumme (Wert 1914) €	Verkehrswert €
	Grundbuch von	Band	Blatt	Flur-Nr.
				Grundstücksgröße <b>qm</b>
1.8	*) Sonstiger Grundbesitz, auch landwirts. Flächen, (Größe, Verkehrswert, Grundbuch)			
	Grundbuch von	Band	Blatt	Flur-Nr.
				Grundstücksgröße <b>qm</b>
	Grundbuch von	Band	Blatt	Flur-Nr.
				Grundstücksgröße <b>qm</b>
1.9	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug (e) (Hersteller, Baujahr, amtll. Kennzeichen, Verkehrswert,) sowie Maschinen			
<b>2.0</b>	<input type="checkbox"/> Ich/Wir haben kein Vermögen			
<b>3.</b>	<b>Früheres Vermögen:</b>			
3.1	*) Ich/Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundbesitz -> Notarvertrag bitte vorlegen)			
	<input type="checkbox"/> veräußert	<input type="checkbox"/> übertragen	<input type="checkbox"/> verschenkt	
	Bezeichnung – Datum - Urkunde			
3.2	*) Ich/Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt.			

\*) Nachweise sind beigelegt

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

**Wirtschaftliche Belastung der Bedarfsgemeinschaft**

**Betrag  
monatlich**

Name, Vorname der/des Hilfesuchenden			(Beträge in Euro angeben)
<b>1. Kosten der Unterkunft</b>			
1.1 Miete ( Brutto) monatlich			
1.2 Haus- bzw. Wohnungseigentum		<b>Betrag monatlich</b>	
- Grundsteuer			
- Gebäudeversicherungen			
Darlehensrückzahlungen Kreditinstitut		<b>TILGUNG Betrag monatlich</b>	<b>ZINSEN Betrag monatlich</b>
1.3 Haus-/ Wohnungseigentum bzw. Mietwohnung			
a) Nebenkosten		<b>Betrag monatlich</b>	
- Wassergeld			
- Kanalgebühren			
- Müllabfuhr			
- Schornsteinfegergebühren			
b) Laufende Kosten für Sondereinrichtungen			
c) Sonstige Bewirtschaftungskosten			
d) Heizung <input type="checkbox"/> mit Warmwasser <input type="checkbox"/> ohne Warmwasser			
<b>2. Fahrtkosten zur Arbeitsstätte</b> 2.1 Es werden nur die Kosten einer Monatskarte mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt		<b>Betrag monatlich</b>	
Monatskarte für (Name)			
Monatskarte für (Name)			
2.2 Ist ein öffentliches Verkehrsmittel nicht vorhanden oder dessen Benutzung, kann auch eine Entfernungspauschale für ein Kraftfahrzeug anerkannt werden <b>Kurze Begründung, z. B.</b> <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeit			
Fahrzeugart:	Hubraum:		
<b>Kürzeste Entfernung</b> von der Wohnung zur Arbeitstätte			km
<b>Fahrgemeinschaft</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	





**Erklärung über Konten/Auskunftsermächtigung**

Anlage zum Antrag auf Sozialhilfe

**Name, Vorname des Leistungsberechtigten, Anschrift:**

**Gesetzlicher Betreuer/Vertreter mit Anschrift:**

- ich unterhalte kein Sparkonto, Postsparkonto, Girokonto, Kapitalansamlungsvertrag, Bausparvertrag im In- oder Ausland
- ich habe in den letzten 10 Jahren kein Guthaben von Sparkonto, Postsparkonto, Girokonto, Kapitalansamlungsvertrag, Bausparvertrag verschenkt oder übertragen
- ich unterhalte folgende Sparkonten, Girokonten, Kapitalsparverträge, Bausparverträge, Wertpapierdepots, etc. :

Name und Anschrift des Kreditinstitutes, Versicherung:	Bezeichnung und Konto- bzw. Vertragsnummer	Laufzeit des Vertrages (von - bis)	Betrag der Einlage/ Vertragssumme/Wert

folgende Nachweise sind beigefügt:

- Sparbuch (der letzten 10 Jahre)  Kontoauszug der letzten sechs Monate  Vertrag

Ich befreie hiermit das oben genannte Kreditinstitut vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und ermächtige und beauftrage es, dem Sozialhilfeträger Auskünfte über den Kontostand und die Kontobewegungen zu erteilen.

Datum: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Hilfesuchenden **und** seines Ehegatten **oder** seines gesetzlichen Vertreters)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des gesetzlichen Betreuers)

### Angaben von Tatsachen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen, Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder Ihrer Vorlage zuzustimmen (§§ 66 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch SGB I). Als Folge fehlender Mitwirkung können die Leistungen versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I). Wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Tatsachen werden strafrechtlich verfolgt.

### Sozialdatenschutz

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Um Missbräuche zu vermeiden, werden ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

-----

### Erklärung

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Insbesondere wurden alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflicht, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. SGB I wurde ich unterrichtet. Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) ist dem Amt für Soziale Angelegenheiten unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Im Falle der Banküberweisung ist der Oberbergische Kreis ausdrücklich ermächtigt, überzahlte Leistungen vom Konto des Antragstellers/Ehegatten/Lebensgefährten zurückzurufen, sofern es die Hilfestellung erforderlich macht.

### Bevollmächtigung

1. Es besteht eine rechtliche Betreuung ja  nein   
(Bitte Kopie des Betreuungsausweises beifügen)
2. Ich bevollmächtige folgende Person in meinen Sozialhilfe-Angelegenheiten für mich tätig zu werden:

Vor- und Nachname	Telefon
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	

3. Die an mich gerichtete Post soll an diese Person geschickt werden ja  nein

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

\_\_\_\_\_  
Antragsteller/in