

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 8 zu unterschreiben.

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Wenn Sie vorsätzlich falsche oder unvollständige Angaben im Antragsvordruck tätigen, machen Sie sich strafbar. Ein Betrug oder auch Betrugsversuch wird strafrechtlich verfolgt und mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe geahndet.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

| | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| 1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen Bei mehr als zwei Personen bitte <u>auf gesondertem Blatt ergänzen!</u> | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe |
| | Leistungsbezieher(in) 1 | <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft |
| Familienname, auch Geburtsname, Vorname | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort | | Telefon (freiwillige Angabe) |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| Rentenversicherungs-Nr. | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend (Ehe) <input type="checkbox"/> getrennt lebend (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend (Ehe) <input type="checkbox"/> getrennt lebend (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben |
| | seit wann? | seit wann? |
| Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status | | |
| Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Betreuer(in) (Kopie der Bestellungs- urkunde beifügen) | | |
| Anschrift des/der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort | | |
| | Telefon (freiwillige Angabe) | Telefon (freiwillige Angabe) |
| Dauernd voll erwerbs- gemindert ohne Rentenbezug, weil | | |
| Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

BUS

Antrag auf Grundsicherung

| | | |
|---|---|---|
| Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? | Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung: | Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung: |
| Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja |
| | von wem? | von wem? |
| | bis wann? | bis wann? |

2. Familienverhältnisse

Außer der nachfragenden Person und seinem Ehegatten/Partner der eheähnliche Gemeinschaft/Lebenspartner leben noch im gemeinsamen Haushalt: z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte (bei mehr als 4 Personen bitte Beiblatt verwenden)

| | 1. Person | 2. Person | 3. Person | 4. Person |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geschlecht | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtlicher Status | | | | |
| Beschäftigung | | | | |
| Arbeitgeber | | | | |
| Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z. B. WfbM, Tagesstätte) | | | | |

3. Unterhalt

| | | nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist |
|--|--|--|
| Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt? | Elternteil | Elternteil |
| | Elternteil | Elternteil |
| | Kind 1 | Kind 1 |
| | Kind 2 | Kind 2 |
| | Weitere Kinder | Weitere Kinder |
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> Nein, Grund: | <input type="checkbox"/> Nein, Grund: |
| | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) |

Antrag auf Grundsicherung

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Falls ja: Familiennamen, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten / Partners | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort | | |
| | Telefon (freiwillige Angabe) | Telefon (freiwillige Angabe) |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin | | |

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung

4.1 Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

| | | |
|---|--|---|
| Zahl der Personen in der Wohnung <div style="text-align: center;">Person(en)</div> | Wohnfläche <div style="text-align: center;">m²</div> | Baujahr des Hauses |
| Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!): | | EUR |
| davon Kaltmiete: | | EUR |
| Nebenkosten: | | EUR |
| Enthalten die oben genannten Beträge | | |
| – Kosten für Haushaltsstrom? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR |
| – Kosten für Warmwasserbereitung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR |
| – Kosten für Schönheitsreparaturen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR |
| – Kosten für den Fernsehempfang über Kabel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR |
| falls ja: zählen Sie den Fernsehempfang über Kabel zu Ihren persönlichen Bedürfnissen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Höhe der Einnahmen aus Untervermietung | <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR | <input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer <input type="checkbox"/> möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer |

Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten ▶ (Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)

4.2 Heizkosten - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

| | | |
|--|---|---|
| Höhe der monatlichen Kosten | <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR | |
| Art der Beheizung | <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstige Art | |
| Enthalten die oben genannten Beträge | | |
| – Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z. B. Gas)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR |
| – Kosten für Warmwasserbereitung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | falls ja, Höhe: <input style="width: 80px;" type="text"/> EUR |

Antrag auf Grundsicherung

4.3 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!

4.4 Mehrbedarf

| | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| Schwerbehindertenausweis? (ggf. Kopie des Ausweises beifügen!) | <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____ beantragt am _____ | <input type="checkbox"/> ja gültig bis _____ beantragt am _____ |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| | Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? (ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!) | <input type="checkbox"/> ja Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Sind sie allein erziehend? | <input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein | |
| Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein |

4.5 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!))

| | | |
|-------------------------|-----|-----|
| Wo sind Sie versichert? | | |
| Höhe des mtl. Beitrags | EUR | EUR |

4.6 Persönliche Situation

| | | |
|--|---|---|
| Wünschen Sie Beratung und Unterstützung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls „ja“, zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls „ja“, zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation? |
|--|---|---|

5. Einkommen (bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

(z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

| | 1. Person | | 2. Person | |
|---|--|---|--|---|
| Kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Einkommen | Mtl. Betrag <small>Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen</small> | Zahlung beantragt am Aktenzeichen Stand des Verfahrens | Mtl. Betrag <small>Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen</small> | Zahlung beantragt am Aktenzeichen Stand des Verfahrens |
| Nichtselbstständige Tätigkeit (z. B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM) | _____ EUR | | _____ EUR | |
| | _____ EUR | | _____ EUR | |
| Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss) | _____ EUR | | _____ EUR | |
| | _____ EUR | | _____ EUR | |

Antrag auf Grundsicherung

BUS

© Land Niedersachsen - Zentrale Formulierservicestelle
SGB-082-DE-FL – Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin, Stand: Mai 2019

| Einkommen | 1. Person | | 2. Person | |
|---|--|--|--|--|
| | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen | Zahlung beantragt am Aktenzeichen Stand des Verfahrens | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen | Zahlung beantragt am Aktenzeichen Stand des Verfahrens |
| Gewerbebetrieb | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Land- und Forstwirtschaft | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Sonstige selbstständige Tätigkeit | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Wohngeld / Lastenzuschuss | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbsmin- derung, Alter, Unfall, land- wirtschl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinder- zuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente o.ä.) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Ausländische Renten / Pensionen oder Renten- ansprüche | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Wurden zu einer Rente / Pension von Ihnen bzw. Arbeitgeber/n freiwillige Beiträge entrichtet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen. | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen. | |
| Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes (z.B. Unterhalts- hilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Leistungen der Grund- sicherung für Arbeit- suchende (SGB II) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |

Antrag auf Grundsicherung

BUS

| Einkommen | 1. Person | | 2. Person | |
|---|---|--|---|--|
| | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen | Zahlung beantragt am Aktenzeichen Stand des Verfahrens | Mtl. Betrag Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen | Zahlung beantragt am Aktenzeichen Stand des Verfahrens |
| Leistungen der Arbeits- förderung (SGB III, z. B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben? | Betrag <input type="text"/> EUR | | Betrag <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ausbildungsförderung | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeld- berechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Steuererstattung | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen) | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Guthaben aus Abrechnungen | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Sonstige Einkünfte | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |

6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

| | 1. Person | | 2. Person | |
|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|
| | monatlicher Betrag | | monatlicher Betrag | |
| Keine absetzbaren Beträge | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Ausgaben | monatlicher Betrag | | monatlicher Betrag | |
| Steuern auf das Einkommen | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Sozialversicherungsbeiträge | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Haftpflichtversicherung | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Hausratversicherung | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |
| Altersvorsorgebeiträge | <input type="text"/> EUR | | <input type="text"/> EUR | |

Antrag auf Grundsicherung

| | 1. Person | | 2. Person | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| Sterbeversicherung | | EUR | | EUR |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | | EUR | | EUR |
| Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen | | EUR | | EUR |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle | | km | | km |
| Kosten öffentl. Verkehrsmittel | | EUR | | EUR |
| bei Nutzung eines Kfz | <input type="checkbox"/> PKW | <input type="checkbox"/> Motorrad | <input type="checkbox"/> Mofa | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa |

7. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland (Bitte Nachweise beifügen!)

| | 1. Person | | 2. Person | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Kein Vermögen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Art des Vermögens | Belegter Vermögenswert | Geschätzter Vermögenswert | Belegter Vermögenswert | Geschätzter Vermögenswert |
| Bargeld | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Wertpapiere / Aktien | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Forderungen | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Patentrechtliche Vermögenspositionen | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Kraftfahrzeug(e) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Sonstiges Vermögen | EUR | EUR | EUR | EUR |

8. Vermögensübertragungen

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Antrag auf Grundsicherung

9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

| | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außer-halb des elterlichen Haushalts gelebt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie jemals im Ausland gelebt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Falls ja: | Falls ja: |
| | Zeitraum | Zeitraum |
| | Adresse | Adresse |
| | Waren Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Waren Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber | Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber | Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber |

10. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Name und Vorname des Kontoinhabers | |
| IBAN | Name des Geldinstituts |

Erklärung

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 3. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

- Es besteht noch Informationsbedarf, und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| | |
|-----------|--------------|
| 1. Person | Unterschrift |
|-----------|--------------|

| | |
|-----------|--------------|
| 2. Person | Unterschrift |
|-----------|--------------|

Wichtiger Hinweis

Aufgrund einer Gesetzesänderung können Sie bei längeren Auslandsaufenthalten ab **01. 07. 2017** – während Ihres Auslandsaufenthalts – Grundsicherungsleistungen nur noch für die Dauer der ersten vier Wochen erhalten. Für Zeiten über diese vier Wochen hinaus, entfällt der Anspruch auf Grundsicherungsleistung bis zu Ihrer nachgewiesenen Rückkehr aus dem Ausland.

Als Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind Sie gemäß § 60 SGB I verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Des Weiteren sind Sie verpflichtet, jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, die für die Leistung erheblich oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, dem Amt für Soziales und Wohnen unverzüglich und ohne Aufforderung mitzuteilen.

Dies bedeutet, dass Sie verpflichtet sind, Auslandsaufenthalte, die ab dem 01.07.2017 erfolgen und welche einen Zeitraum von vier Wochen überschreiten, unaufgefordert mitzuteilen.

Auslandsaufenthalte, die vor dem 01.07.2017 begonnen haben, sind ebenfalls mitzuteilen, wenn sie nach Überschreiten des 01.07.2017, gerechnet ab 01.07.2017, weiterhin einen Zeitraum von vier Wochen überschreiten.

Im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflichten ist die Rückkunft im Inland von Ihnen zu belegen. Als Nachweis können z. B. Buchungsunterlagen, Flugtickets, Bus-/Bahnfahrkarten, Stempel im Reisepass, Tankquittungen oder aber Ihre persönliche Vorsprache im Amt für Soziales und Wohnen dienen.

Ortsabwesenheiten innerhalb Deutschlands sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Gesetzestext ab 01.07.2017:

§ 41a SGB XII

Vorübergehender Auslandsaufenthalt

Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen.

Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben!