

Eingang	Angaben zur Weitergewährung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	AktENZEICHEN
---------	--	--------------

Hinweis:
 Damit Ihnen die Leistungen der Grundsicherung sachgerecht erbracht werden können, füllen Sie bitte diesen Vordruck aus – erforderlichenfalls fügen Sie bitte die benötigten Unterlagen bei. Bitte beachten Sie, dass die Richtigkeit der Angaben durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf dieser Seite unten zu bestätigen ist. 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 ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<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		
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?
Zahl der Personen in Ihrer Wohnung		
Unterkunfts- und Heizkosten (falls Änderungen – ggf. bitte Nachweise / Abrechnungen beifügen)		
Einkommen (falls Änderungen – ggf. bitte Nachweise / Abrechnungen beifügen)		
Vermögen (falls Änderungen – ggf. bitte Nachweise / Abrechnungen beifügen)		
Schwerbehindertenausweis? (falls zwischenzeitlich beantragt / erteilt)	<input type="checkbox"/> ja gültig bis _____ in Besitz seit _____	<input type="checkbox"/> ja gültig bis _____ in Besitz seit _____
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____
	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankheitsbedingt kostenaufwändigere Ernährung (falls zwischenzeitlich – ggf. bitte Nachweise beifügen)		

BUS

	1. Person	2. Person
Betreuer(in) (falls zwischenzeitlich vom Gericht bestellt)		
Zwischenzeitlicher Aufenthalt in stationärer Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben
Seit meiner letzten Erklärung haben sich außerdem weitere Veränderungen ergeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte erläutern und nachweisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte erläutern und nachweisen

Erklärung

Den Vordruck habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Personen habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten hat diese Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden 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.

Ort, Datum

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

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