| 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** |
|---|---|---|
| | ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe | ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angabe |
| | **Leistungsbezieher(in) 1** | ☐ **Leistungsbezieher(in) 2**<br>☐ **Ehegatte (nicht getrennt lebend)**<br>☐ **Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend)**<br>☐ **Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft** |
| Familienname, auch Geburtsname, Vorname | | |
| Anschrift<br>Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort | | Telefon (freiwillige Angabe) |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| Familienstand | ☐ ledig ☐ verheiratet<br>☐ Lebenspartnerschaft (LP) ☐ verwitwet<br>☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ getrennt lebend (LP)<br>☐ geschieden ☐ LP augehoben | ☐ ledig ☐ verheiratet<br>☐ Lebenspartnerschaft (LP) ☐ verwitwet<br>☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ getrennt lebend (LP)<br>☐ geschieden ☐ LP augehoben |
| | 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) | ☐ ja gültig bis in Besitz seit | ☐ ja gültig bis in Besitz seit |
| | ☐ nein ☐ beantragt am | ☐ nein ☐ beantragt am |
| | Merkzeichen G oder aG? ☐ ja ☐ nein | Merkzeichen G oder aG? ☐ ja ☐ nein |
| Krankheitsbedingt kostenaufwändigere Ernährung (falls zwischenzeitlich – ggf. bitte Nachweise beifügen) | | |

BUS

© **Land Niedersachsen** - Zentrale Formularservicestelle
SGB-084-DE-FL – Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin, Stand: Mai 2019

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

BUS

## 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 |

© **Land Niedersachsen** - Zentrale Formularservicestelle
SGB-084-DE-FL – Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin, Stand: Mai 2019