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** ☐ **Ehegatte (nicht getrennt lebend)** ☐ **Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend)** ☐ **Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft**
Familienname, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		Telefon (freiwillige Angabe)
Geburtsdatum und -ort		
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Lebenspartnerschaft (LP) ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ getrennt lebend (LP) ☐ geschieden ☐ LP aufgehoben	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Lebenspartnerschaft (LP) ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ getrennt lebend (LP) ☐ geschieden ☐ 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)	☐ 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) (falls zwischenzeitlich vom Gericht bestellt)		
Zwischenzeitlicher Aufenthalt in stationärer Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)	☐ ja ☐ nein Wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben	☐ ja ☐ nein Wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben
Seit meiner letzten Erklärung haben sich außerdem weitere Veränderungen ergeben	☐ ja ☐ nein Wenn ja, bitte erläutern und nachweisen	☐ ja ☐ nein 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