Antrag auf Gewährung einmaliger Sozialhilfe nach dem SGB XII	Eingangsstempel LRA
➞ Erwerbsfähige haben keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII, aber ggf. Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II. Diese sind beim Jobcenter (Fabrikstr. 4 in Marktredwitz oder Poststraße 7 in Selb) zu beantragen!	

Hinweis:
Die Datenverarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt aufgrund der im beigefügten Formular "Datenschutzhinweise gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO" näher bezeichneten gesetzlichen Bestimmungen.
Diese können unter www.landkreis-wunsiedel.de/file/datenschutzhinweise-grundsicherung.pdf auch online eingesehen werden.
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 Sozialhilfe ganz oder teilweise versagt werden.
Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Sozialhilfe entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Nachweise und Belege sind diesem Antrag beizulegen oder es ist ihrer Vorlage zuzustimmen. Orginalunterlagen erhalten Sie auf Wunsch zurück.

I. Art der beantragten Leistung

☐ Einmalige Beihilfe für	☐ Erstausstattung der Wohnung (bitte unter Punkt XIII begründen)
	☐ Erstausstattung für Bekleidung (bitte unter Punkt XIII begründen)
	☐ Heizungsbeihilfe (bitte letzte Rechnung beifügen)
☐ Hilfe in Form eines Darlehens für	_____ (bitte unter Punkt XIII begründen)
☐ Bedarfsberechnung	Zur Vorlage beim Rundfunkbeitragsservice / bei der Deutschen Rentenversicherung

II. Persönliche Verhältnisse

Antragsteller(In) und weitere Personen	Personenkennziffer 1 (PZ 1)	Personenkennziffer 2 (PZ 2)
	☐ männlich ☐ weiblich	☐ männlich ☐ weiblich
	Antragsteller(In)	Beziehung von PZ 2 zu PZ 1 ☐ Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(In) (nicht getrennt lebend) ☐ Lebenspartner(In) im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetz (nicht getrennt lebend) ☐ Partner(In) in eheähnlicher Gemeinschaft ☐ andere Art der Beziehung zu PZ 1 _____
Familienname, ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Anschrift: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Telefon / Mobil		
ggf. Email		
Geburtsdatum, -ort		
Rentenversicherungsnummer		

Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden (bitte Kopie des Urteils beilegen) ☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ Lebenspartnerschaft ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben ☐ getrennt lebend (Lebenspartnerschaft) seit _____	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden (bitte Kopie des Urteils beilegen) ☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ Lebenspartnerschaft ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben ☐ getrennt lebend (Lebenspartnerschaft) seit _____
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ _____ <u>bei Ausländern:</u> - ununterbrochener Aufenthalt in Deutschland seit _____ - aufenthaltsrechtlicher Status _____ (bitte Nachweis beilegen)	☐ deutsch ☐ _____ <u>bei Ausländern:</u> - ununterbrochener Aufenthalt in Deutschland seit _____ - aufenthaltsrechtlicher Status _____ (bitte Nachweis beilegen)
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetzes?	☐ Ja, Pflegegrad: _____ ☐ Nein	☐ Ja, Pflegegrad: _____ ☐ Nein
Vormund / Betreuer (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) Name, Vorname Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefon / Mobil ggf. Email	 _____ _____ _____ _____ _____	 _____ _____ _____ _____ _____

III. Weitere Personen im Haushalt (soweit nicht unter II. aufgeführt)

Persönliche Verhältnisse	Personenkennziffer 3 (PZ 3) ☐ männlich ☐ weiblich	Personenkennziffer 4 (PZ 4) ☐ männlich ☐ weiblich	Personenkennziffer 5 (PZ 5) ☐ männlich ☐ weiblich
Familienname, auch Geburtsname Vorname(n)			
Geburtsdatum, Geburtsort und -kreis			
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden (bitte Kopie des Urteils beilegen) ☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ Lebenspartnerschaft ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben ☐ getrennt lebend (Lebenspartnerschaft) seit _____	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden (bitte Kopie des Urteils beilegen) ☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ Lebenspartnerschaft ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben ☐ getrennt lebend (Lebenspartnerschaft) seit _____	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden (bitte Kopie des Urteils beilegen) ☐ getrennt lebend (Ehe) ☐ Lebenspartnerschaft ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben ☐ getrennt lebend (Lebenspartnerschaft) seit _____
Persönliche Stellung zum Hilfesuchenden			
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ _____ <u>bei Ausländern:</u> - ununterbrochener Aufenthalt in Deutschland seit _____ - aufenthaltsrechtlicher Status _____ (bitte Nachweis beilegen)	☐ deutsch ☐ _____ <u>bei Ausländern:</u> - ununterbrochener Aufenthalt in Deutschland seit _____ - aufenthaltsrechtlicher Status _____ (bitte Nachweis beilegen)	☐ deutsch ☐ _____ <u>bei Ausländern:</u> - ununterbrochener Aufenthalt in Deutschland seit _____ - aufenthaltsrechtlicher Status _____ (bitte Nachweis beilegen)

IV. Aufenthaltsverhältnisse

Zugezogen am _____	☐ Alle Personen	☐ PZ _____
Zuzug einzelner Personen	PZ _____	am _____
	PZ	am
Wurde bereits Sozialhilfe geleistet?	☐ Ja, vom Sozialamt in _____	bis _____
	☐ Nein	

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z. B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt). Zeiten, Orte ggf. Kreiszugehörigkeit lückenlos angeben.

von - bis	in	Stationäre Einrichtung	Übergangseinrichtung
-		☐	☐
-		☐	☐
-		☐	☐
-		☐	☐

Kostenträger des letzten Aufenthalts in einer Einrichtung _____

Falls bereits aus der Einrichtung entlassen,
Tag der Entlassung ➞ _____

V. Weiterer Leistungsbezug nach dem SGB XII

Beziehen Sie Leistungen		
- nach dem Fünften Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Gesundheit z. B. Hilfe zur Krankheit, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft)	☐ Ja	☐ Nein
- nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe)	☐ Ja	☐ Nein
- nach dem Siebten Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege)	☐ Ja	☐ Nein
- nach dem Achten Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten)	☐ Ja	☐ Nein
- nach dem Neunten Kapitel des SGB XII (Hilfe in anderen Lebenslagen, Altenhilfe, Blindenhilfe, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)	☐ Ja	☐ Nein

➞ **Wenn ja, bitte den entsprechenden Bescheid vorlegen!**

VI. Kranken-/Pflegeversicherung der Personen im Haushalt

PZ				
Leistungsträger usw. (genaue Anschrift)				
Versicherungsnummer				
Art der Versicherung z. B. pflichtversichert				
Mitgliedschaft bestand / besteht	von _____ bis _____ (falls Enddatum bekannt)	von _____ bis _____ (falls Enddatum bekannt)	von _____ bis _____ (falls Enddatum bekannt)	von _____ bis _____ (falls Enddatum bekannt)

VII. Mehrbedarf

PZ		
Schwerbehindertenausweis oder entsprechender Bescheid nach § 69 SGB IX (Bitte Kopie des Ausweises oder Becheides beifügen)	☐ Ja, gültig bis _____ ☐ Nein ☐ beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG? ☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja, gültig bis _____ ☐ Nein ☐ beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG? ☐ Ja ☐ Nein
Besteht eine Schwangerschaft (Bitte Schwangerschaftswoche nachweisen)	☐ Ja, Schwagerschaftswoche _____ ☐ Nein	☐ Ja, Schwagerschaftswoche _____ ☐ Nein
Sind Sie alleinerziehend?	☐ Ja	☐ Nein
Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII (z. B. vom Bezirk Oberfranken)	☐ Ja, bitte Nachweis beifügen ☐ Nein	☐ Ja, bitte Nachweis beifügen ☐ Nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung	☐ Ja, bitte ärztliche Bescheinigung beifügen ☐ Nein	☐ Ja, bitte ärztliche Bescheinigung beifügen ☐ Nein

VIII. Kosten der Unterkunft (Bitte Nachweise beifügen)

Vermieter (Name, Anschrift) _____

Mieter _____

Zahl der Personen in der Wohnung:	_____	Kaltmiete	_____ €
Wohnfläche	_____ m²	Betriebskosten (ohne Heizkosten)	_____ €
Baujahr des Hauses	_____	Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten)	_____ €

Enthalten die oben genannten Beträge

- Kosten für Haushaltsstrom? ☐ Ja, Betrag _____ € ☐ Nein
- Kosten für Garage / Stellplatz? ☐ Ja, Betrag _____ € ☐ Nein

Hinweise zur Wohnungsgröße und den Unterkunftskosten:

Heizkosten

Heizmaterial wird selbst beschafft

☐ Ja
☐ Nein

Heizkosten sind zu zahlen an

☐ Vermieter
☐ Energieversorger _____

Höhe der monatlichen Kosten _____ €

Art der Beheizung

☐ Öl ☐ Gas ☐ Strom ☐ Fernwärme
☐ Kohlebriketts ☐ Holzbriketts ☐ Holz (Ster) ☐ _____

Enthält der oben genannte Betrag für Heizkosten

- Kosten für Haushaltsstrom? ☐ Ja ☐ Nein
- Kosten für Kochenergie (z. B. Gas)? ☐ Ja ☐ Nein
- Kosten für Warmwasserbereitung? ☐ Ja ☐ Nein

Haus- / Wohnungseigentum

Bitte legen Sie aktuelle Nachweise über die anfallenden Kosten und Belastungen vor, z. B. Grundsteuer, Schuldzinsen, Gebäudeversicherungen, Abfallgebühren, Kaminkehrer, Wasser / Abwasser.

IX. Einkommen

Kein Einkommen haben:

☐ PZ 1 ☐ PZ 2 ☐ PZ 3 ☐ PZ ____

	PZ 1	PZ →	Weitere Personen
Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung)			
Krankengeld (einschließlich Arbeitgeberzuschuss)			
Land- und Forstwirtschaft			
Gewerbebetrieb			
Sonstige selbständige Tätigkeit			
Vermiet- und Verpachtung (siehe Rentabiltätsberechnung)			
Renten / Pensionen (z. B. Altersrente, Renten wegen Erwerbsminderung, Unfallrente, landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen und Waisenrente, Betriebsrente, ausländische Renten, sonstige Renten) Wurden gesetzliche Rentenansprüche auf freiwilliger Grundlage erworben?	Art Höhe ☐ Ja ☐ Nein		Art Höhe ☐ Ja ☐ Nein
Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)			
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z. B. Grundrente, Elternrente)			
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)			
Guthaben aus Abrechnungen			
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegehilfe, Entschädigungsrente)			
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), Leistungen der Arbeitsförderung (SGB II)			
Leistungen nach dem Wohngeldgesetz (Miet-/Lastenzuschuss)			
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz)			
Ausbildungsförderung			
Unterhaltsbeiträge			
Leistungen nach dem Blinden- und Gehörlosengesetz			
Leistungen der Pflegekasse			
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Pflegegeld)			

	PZ 1	PZ ➞	Weitere Personen
Leistungen nach dem Asylbewerber-leistungsgesetz			
Steuererstattung			
Sonstige Einkünfte			

X. Vom Einkommen <u>evtl.</u> absetzbare Beträge und besondere finanzielle Belastungen (Bitte Nachweise befügen, wie z. B. aktuelle Nachweise über die Beitragshöhe)

Absetzbare Beträge	PZ 1	PZ ➞	Weitere Personen
Krankenversicherung			
Pflegeversicherung			
Rentenversichrung			
Altersvorgebeiträge			
Unfallversicherung			
Lebensversicherung			
Sterbeversicherung			
Hausratsversicherung			
Haftpflichtversicherung			
PKW-Haftpflichtversicherung			
Aufwendungen für Arbeitsmittel			
Beiträge für Berufsverbände			
Beitrag zum VdK			
Mehraufwendungen für doppelte Haushalts-führung			
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle			

PZ	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) und sonstigen absetzbaren Beträgen

XI. Vermögen (Bitte Nachweise beifügen)

	PZ 1	PZ ➞	Weitere Personen
Bargeld			
Bank-/Sparguthaben (einschließlich Vermögenswirksame Leistungen)			
Wertpapiere			
Forderungen			
Lebensversicherungen (Rückkaufswert)			
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)			
Hauseigentum			
Sonstiger Grundbesitz			
Kraftfahrzeug(e), bitte Kopie des Fahrzeugscheins beifügen			
Sonstiges Vermögen			
Staatlich geförderte Altersvorsorge (Riesterrente)			
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte			
Wurde Vermögen in den letzten zehn Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	☐ Ja, nähere Angaben auf Beiblatt ☐ Nein		

XII. Mögliche Ansprüche bzw. beantragte Leistungen

- Rentenversicherung
- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Unfallversicherung
- Lebens- und Sterbeversicherung
- Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)
- Leistungen der Arbeitsförderung (SGB II), z. B. Arbeitslosengeld
- Leistungen nach dem Wohngeldgesetz (Miet-/Lastenzuschuss)
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (z. B. Leistungen der Kriegsopferfürsorge, Leistungen für Impfgeschädigte)
- Dingliche Ansprüche (z. B. Wohnrecht)
- Sonstige Ansprüche (z. B. Kindergeld, Unterhaltsvorschuss, Erbansprüche, Schadensersatzansprüche, Versorgungs-/Zugewinnausgleich, Beihilfeanspruch, Lohnforderung, Unterhaltssicherung)

PZ				
Versicherungs-/Leistungsträger				
Renten-/Aktenzeichen				
Bemerkungen z. B. Art des Anspruchs				
Leistung beantragt am				
Abgelehnt am				
Falls Widerspruch/Klage	Datum: _____ Geschäftszeichen _____	Datum _____ Geschäftszeichen _____	Datum _____ Geschäftszeichen _____	Datum _____ Geschäftszeichen _____

XIII. Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

XIV. Girokonto für Sozialleistungen

Bankinstitut	
Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	

XV. Erklärung

Ich habe das Formular "Informationen zur Datenverarbeitung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)" erhalten und gelesen. Des Weiteren habe ich das Merkblatt über den Bezug von Sozialhilfe erhalten und gelesen. Die im Antrag genannten Personen hatten ebenfalls Gelegenheit, die Datenschutzhinweise und das Merkblatt zu lesen.

Den Antrag auf Sozialhilfe mit seinen Anlagen habe ich für mich und für die mit mir in einem Haushalt zusammenlebenden minderjährigen Kinder wahrheitsgemäß ausgefüllt und habe keine Angaben verschwiegen.

Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin bzw. mir Vollmacht erteilt wurde.

Andere Personen haben ihre Angaben durch ihre Unterschrift (unten) bestätigt oder einen eigenen Vordruck ausgefüllt.

Die Unterzeichner bestätigen, davon unterrichtet worden zu sein, dass sie verpflichtet sind, jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens und Aufenthaltsverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt, etc.) unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, ist vor der Arbeitsaufnahme mitzuteilen.

Bescheide in Angelegenheiten der Sozialhilfe sollen an die nachstehende Person gesandt werden

Die übrigen Personen werden von dieser Person informiert.

	Datum	Unterschrift		Datum	Unterschrift
PZ 1			PZ		
PZ 2			PZ		
PZ 3			PZ		

XVI. Stellungnahme der Stadt/Gemeinde

1. Die Angaben wurden geprüft und entsprechen - soweit nachprüfbar - ☐ der Wahrheit ☐ nicht der Wahrheit
2. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beilegen - ☐ eingesehen ☐ nicht eingesehen
3. Die Notlage wird ☐ anerkannt ☐ nicht anerkannt (bei Verneinung bitte nähere Bemerkungen auf Beiblatt)
4. Die Notlage ist hier am _____ bekannt geworden; wenn vom Antragsdatum abweichend, Begründung:
5. Die auf den Seiten 1 - 3 aufgeführten Personen sind hier einwohnermelderechtlich gemeldet, mit Ausnahme von _____ _____

Mit _____ Anlagen

An das
Landratsamt Wunsiedel i. Fichtelgebirge
FB 22
95631 Wunsiedel

weitergeleitet mit folgender Stellungnahme - falls erforderlich -

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift der Stadt/Gemeinde