

|              |               |
|--------------|---------------|
| <b>Name:</b> | <b>Datum:</b> |
|--------------|---------------|

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,  
damit Sozialhilfe an Sie gezahlt werden kann werden weitere Informationen von Ihnen benötigt.  
Bitte beantworten Sie die Fragen auf diesem Fragebogen und fügen Sie die benötigten Unterlagen  
Ihrem Antrag bei.

| 1. Allgemeines   |  |
|--|--|
| Sind Sie im Arbeitsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung tätig?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja:<br>Bitte übersenden Sie mir die Entscheidung des Werkstattausschusses über Ihre Übernahme in den Werkstattbereich.  |
| Wurde bei Ihnen durch die Rentenversicherung eine „volle Erwerbsminderung“ festgestellt?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja: Bitte übersenden Sie den entsprechenden <b>Bescheid der Rentenversicherung, aus dem sich Ihre volle Erwerbsminderung ergibt.</b>  |
| 2. Einkommen und Vermögen  |  |
| Beziehen Sie ein Einkommen aus einer Tätigkeit bei einem Arbeitgeber (dies kann auch eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung sein)?            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja: Bitte übersenden Sie die <b>Gehaltsnachweise</b> der letzten 3 Monate.  |
| Beziehen Sie eine Rente oder ähnliche Leistungen (z.B. Rente wegen voller Erwerbsminderung, Altersrente, Werksrente, private Rente)?               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja: Bitte übersenden Sie den <b>aktuellen Rentenbescheid</b>  |
| Beziehen Sie weitere staatliche Leistungen?<br>- Kindergeld<br>- Unterhaltsvorschuss (UVG)?<br>- Wohngeld<br>- Sonstige, staatliche Geldleistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja: Bitte übersenden Sie <b>aktuelle Bewilligungsbescheide</b> der jeweiligen Leistung |
| Haben Sie weiteres Einkommen, welches bisher nicht abgefragt wurde?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja: Bitte übersenden Sie entsprechende <b>Nachweise</b>   |
| Besitzen Sie ein Auto?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja: Bitte übersenden Sie eine <b>Kopie des Fahrzeugscheins</b> .<br><br>Wie hoch ist die aktuelle Laufleistung des Fahrzeuges?<br><br>.....   |
| Wurde der Erwerb bzw. der Umbau des Autos durch staatliche Leistungen gefördert?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja: <b>Bitte Bescheid über Förderung</b> beifügen.  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Verfügen Sie über kapitalbildende Versicherungen oder Geldanlagen (z.B. Lebensversicherung, Bausparvertrag, Aktiendepots, Sterbegeldversicherungen)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls ja: Bitte übersenden Sie entsprechende <b>Nachweise über den aktuellen (Rückkaufs-)Wert.</b> |
| Verfügen Sie über allgemein übliche Versicherungen (z.B. Haftpflicht- oder Hausratversicherung, Riesterrenten, sonstige Altersvorsorgen)?            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls ja: Bitte übersenden Sie entsprechende, aktuelle <b>Nachweise.</b>                           |

### 3. Mehrbedarfe

|   |   |  |
|---|---|--|
| Nehmen Sie in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder einer vergleichbaren Einrichtung an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls ja: Bitte <b>Bescheinigung der Einrichtung</b> über die Teilnahme beifügen.  |
| Erhalten Sie Hilfen zum Schulbesuch, Besuch einer Hochschule oder Berufsausbildung?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls ja: Bitte <b>Bewilligungsbescheid</b> beifügen.  |
| Besteht bei Ihnen ein Mehrbedarf wegen krankheitsbedingter, kostenaufwändiger Ernährung?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls ja: Bitte lassen Sie das <b>beigefügte Formular „Ernährungsbedingter Mehrbedarf“</b> von Ihrem Arzt ausfüllen und fügen Sie es dem Antrag bei. |

### 4. Weitere, erforderliche Unterlagen



- Kopie des **Personalausweises**/Reisepasses/Aufenthaltstitels
- Kopie des **Schwerbehindertenausweises**
- Sofern vorhanden Kopie der **Girokontokarte**
- Kopie von **Kontoauszügen** der letzten 3 Monate lückenlos
- sofern vorhanden Nachweis sämtlicher **Sparverträge** und **Sparguthaben**
- Mitgliedsbescheinigung Ihrer **Krankenversicherung**
- **Mietvertrag** und ggf. **Zusatzvereinbarung** mit Ihrem Einrichtungsträger
- Falls vorhanden: Scheidungsurteil

Bitte lassen Sie die beigefügten Formulare von den betreffenden Stellen ausfüllen und fügen sie diese Ihrem Antrag bei:

➡ Formular **Bankbescheinigung**

➡ Vereinfachte **Vermieterbescheinigung**

Bitte von Ihrer Bank ausfüllen lassen

Bitte von Ihrem Vermieter ausfüllen lassen

Haben Sie Fragen oder möchten Sie Ihren Ansprechpartner kontaktieren? Melden Sie sich hierzu entweder persönlich vor Ort in der Eingangszone von Montag bis Freitag zwischen 08:30 bis 12:30 Uhr ohne vorherige Terminvereinbarung oder kontaktieren Sie Ihre zuständigen Sachbearbeiter unter den telefonischen Sprechzeiten:

Montag, Mittwoch und Freitag von 08:30 bis 12:30

Post- und Besucheranschrift:

Stadt Leverkusen, Grundsicherung BTHG  
Verwaltungsgebäude Miselohestraße 4  
51379 Leverkusen