

Eingangsdatum:	Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII	Az.:
----------------	---	------

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschriften der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch (X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB Erstes Buch (I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(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		
Geburtsname		
Vorname		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Telefon tagsüber		
Geburtsdatum und -ort		
Rentenversicherungsnummer		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts`?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit		
Bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status		
Spätaussiedler(in)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum der Einreise in die Bundesrepublik		
z.Zt. ausgeübte Tätigkeit		
Angaben zu einem Betreuer		
Betreuer(in): Familienname		
Vorname		

Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon tagsüber		
Angaben zur Zuständigkeit der Stadt Leverkusen		
Haben Sie in Leverkusen gewohnt, bevor Sie in ein Wohnheim für Menschen mit Behinderung gezogen sind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sofern Sie bereits in mehreren Wohnheimen gelebt haben, machen Sie jetzt bitte weitere Angaben zu allen Wohnheimen: Zeitraum und Ort des Wohnheims 1. 2. 3. 4.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sofern Sie bereits in mehreren Wohnheimen gelebt haben, machen Sie jetzt bitte weitere Angaben zu allen Wohnheimen: Jew. Zeitraum und Ort des Wohnheims 1. 2. 3. 4.
Haben Sie vor Aufnahme in das Wohnheim im „Betreuten Wohnen“ gelebt oder waren stationär untergebracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sofern Sie bereits in mehreren Orten Leistungen des Betreuten Wohnens in Anspruch genommen haben oder stationär untergebracht waren, machen Sie jetzt bitte weitere Angaben zu allen Wohnorten, an denen Sie diese Leistungen genutzt haben: Zeitraum und Ort des Betreuten Wohnens 1. 2. 3. 4.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sofern Sie bereits in mehreren Orten Leistungen des Betreuten Wohnens in Anspruch genommen haben oder stationär untergebracht waren, machen Sie jetzt bitte weitere Angaben zu allen Wohnorten, an denen Sie diese Leistungen genutzt haben: Zeitraum und Ort des Betreuten Wohnens 1. 2. 3. 4.
Haben Sie bereits Sozialhilfeleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Von welcher Behörde? Für welchen Zeitraum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Von welcher Behörde? Für welchen Zeitraum?

2. Unterhalt		
	1. Person	2. Person
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten oder Partner einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituiert (Abschrift des Titels bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituiert (Abschrift des Titels bitte beifügen)
Familienname des (Ehe-) Partners (getrenntlebend oder geschieden)		
Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum und -ort		

Verfügen Ihre Eltern oder verfügt eines Ihrer Kinder über Einkommen ab 100.000 EUR jährlich ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, wer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, wer?			
Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder – auch aus früheren Ehen, nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern)					
Familienname	Vorname	Verwandschafts- verhältnis	Familienstand	z.Zt. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1.					
2.					
3.					
4.					

3. Bedarfsfeststellung	
3.1 Kosten der Unterkunft	
Zahl der Personen in Ihrem persönlichen Wohnraum:	Wohnfläche in qm:
Einzugsdatum:	
Kaltmietzins	EUR
Betriebskostenabschlag	EUR
ggf. weitere mtl. Kosten der Unterkunft gemäß Zusatzvereinbarung nach § 42 Abs. 5 SGB XII i.d.F. ab 01.01.2020:	EUR
Bitte lassen Sie die „Vermieterbescheinigung“ (Formular beigefügt) von Ihrem Vermieter/Einrichtungsträger ausfüllen!	
3.2 Heizkosten bitte aktuelle Nachweise beifügen (z.B. letzte Vermieterabrechnung, Einstufung des Energieversorgers)	
Monatliche Heizkosten	EUR
Art der Beheizung	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar:
Enthalten die vorstehend benannten Beträge	
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- Kosten für Kochenergie (z.B. Gas)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nutzen Sie Strom zur Warmwasserbereitung (z.B. durch Nutzung eines Durchlauferhitzers)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil des über den Haushaltsstrom erwärmten Wassers an Ihrem Gesamtwarmwasserverbrauch: <div style="text-align: center;">%</div>

3.2 Mehrbedarf	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis? Ggf. Kopie des Ausweises beifügen	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft? Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheitsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein

3.3 Kranken-/Pflegeversicherung – bitte Nachweise beifügen; bei privater Pflegeversicherung Leistungsumfang darlegen		
Wo sind Sie krankenversichert?		
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat
bei freiwilliger oder privater Versicherung Höhe der mtl. Versicherungsbeiträge	Beitrag Krankenvers.: EUR	Beitrag Krankenvers.: EUR
	Beitrag Pflegevers.: EUR	Beitrag Pflegevers.: EUR
3.4 Besonderer Bedarf – Darlehen für Mietrückstände oder ähnliche Notlagen		
Beantragen Sie derartige Leistungen?	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein

4. Einkommen und Vermögen der Personen 1 und 2

4.1 Einkommen (bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen, z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigungen). Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend.

	1. Person	2. Person
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbseinkommen	EUR/Monat	EUR/Monat
Entgelt der WfbM	EUR/Monat	EUR/Monat
Leistung der Krankenkasse	EUR/Monat	EUR/Monat
Vermietung/Verpachtung	EUR/Monat	EUR/Monat
Altersrente/Pensionen	EUR/Monat	EUR/Monat
Erwerbsminderungsrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Unfallrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Witwenrente/Waisenrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Werkrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	EUR/Monat	EUR/Monat
Geldwerte Ansprüche, z.B. freie Beköstigung, Wohnrecht o.a.)	EUR/Monat	EUR/Monat
Steuererstattung	EUR/	EUR/
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	EUR/	EUR/
Sonstige Einkünfte	EUR/Monat	EUR/Monat
Kindergeld	Beziehen Sie selber Kindergeld für ein eigenes Kind? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beziehen Ihre Eltern für Sie Kindergeld ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Leiten Ihre Eltern das Kindergeld an Sie weiter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Beziehen Sie selber Kindergeld für ein eigenes Kind? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beziehen Ihre Eltern für Sie Kindergeld ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Leiten Ihre Eltern das Kindergeld an Sie weiter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4.2 Einkommen im Ausland		
Fremdrente	EUR	EUR
Vermietung/Verpachtung von Immobilien im Ausland	EUR	EUR
Sonstige Einkünfte aus dem Ausland	EUR	EUR
4.3 Beantragung anderer Sozialleistungen		
Haben Sie eine oder mehrere der unter Ziff. 5.1 oder 5.2 benannten Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Leistung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte Leistungsart, Antragsdatum, Dienststelle und Aktenzeichen angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte Leistungsart, Antragsdatum, Dienststelle und Aktenzeichen angeben
4.4 Vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5.1-5.3 berücksichtigt), bitte Nachweise beifügen		
	1. Person	2. Person
Ausgaben	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag
Steuern auf das Einkommen	EUR	EUR
Sozialversicherungsbeiträge	EUR	EUR
Haftpflichtversicherung	EUR	EUR
Hausratversicherung	EUR	EUR
Altersvorsorgebeträge	EUR	EUR
Sterbeversicherung	EUR	EUR
Aufwendungen f. Arbeitsmittel	EUR	EUR
Beiträge für Berufs- oder Interessensverbände	EUR	EUR

5. Vermögen		
5.1 Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen		
	1. Person	2. Person
Es ist kein Vermögen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorhandenes Vermögen	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens
Bargeld	EUR	EUR
Bank-/Sparguthaben (inkl. vermögenswirks. Leistungen)	EUR	EUR
Wertpapiere/Aktien	EUR	EUR
Lebens-/Sterbeversicherung Bitte aktuellen Rückkaufswert nachweisen!	EUR	EUR
Hauseigentum	EUR	EUR
Sonstiger Grundbesitz	EUR	EUR
Kraftfahrzeug(e)	EUR	EUR
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester)	EUR	EUR
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrecht)	EUR	EUR

Sonstiges Vermögen, Höhe und Art des Vermögens	EUR	EUR
Immobilieigentum	EUR	EUR
Bank- und Sparguthaben	EUR	EUR
Sonstige Vermögenswerte im Ausland und Art des Vermögens	EUR	EUR
5.2 Vermögensübertragungen	1. Person	2. Person
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Anteil, vorgezogene Erbfolge?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Wann? In welcher Höhe? An wen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Wann? In welcher Höhe? An wen?
Wurde Ihnen Vermögen vererbt, über welches Sie auf Grund der testamentarischen Regelungen nicht verfügen können (z.B. Vor-/Nacherbbschaft bei sog. „Behindertentestament“)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte fügen Sie eine Abschrift des Testaments bei.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte fügen Sie eine Abschrift des (Behinderten-)Testaments bei.

6. Bankverbindung

Ggf. zu zahlende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:
IBAN, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers

Es handelt sich bei dem Konto um ein Pfändungsschutzkonto: nein ja

Hiervon abweichend bin ich mit folgenden Direktzahlungen einverstanden:

<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter	<input type="checkbox"/> Energiekosten an Energieversorger	<input type="checkbox"/> Beitrag an Kranken-/Pflegeversicherer
---	--	--

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. „Unterhalt“) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Datum

Unterschrift Person 1

Unterschrift Person 2