

Hinweise:
 Um sachgerecht über Ihre weiteren Anspruch auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht auf Seite 4 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.
 Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!	Leistungsbezieher(in)	<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) <input type="checkbox"/> Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind
	Familienname, auch Geburtsname, Vorname	
	Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	
	Geburtsdatum	
	Familienstand	

2. Unterhalt		nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) 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 titulierte (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde 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 titulierte (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)
Falls ja: Familienname, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

Keine Änderungen

Kaltmiete (Betrag)	Nebenkosten (Betrag), soweit nicht in der Miete enthalten <div style="display: flex; align-items: center;"> ← z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung </div>			Bitte Nachweise vorlegen!	Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag)
Wohnungsgröße Gesamt – qm	Anzahl der Räume	Davon untervermietet	--> leer Räume	möbliert Räume	Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss) bewilligt bis
Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)					monatlicher Betrag
Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen		Energieart Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/>		Darin Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Einnahmen aus Untervermietung (monatlicher Betrag)
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) (monatlicher Betrag)		<input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung	<input type="checkbox"/> Mit Warmwasserbereitstellung	zu zahlen an (auch Kundennummer)	
Mieter der Wohnung			Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichend von Personenzahl auf S. 1)		

3.2 Haus-/Wohnungseigentum

Keine Änderungen

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! Dazu füllen Sie bitte die Erklärung über Aufwendungen und Einkünfte bei Haus- und Wohneigentum aus!

3.3 Mehrbedarf

Keine Änderungen

	1. Person		2. Person	
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am
	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft? (Schwangerschaftswoche nachweisen!)	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein	
Sind sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein			
Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt 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	

3.4 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Wo sind Sie versichert?	1. Person		2. Person	
	Krankenversicherung	Pflegeversicherung	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Höhe des mtl. Beitrages				
Besteht eine Zusatzversicherung?	Krankenversicherung		Pflegeversicherung	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Höhe des mtl. Beitrages				

4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

(z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.

Art:	1. Person		2. Person	
		Höhe		Höhe
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Witwenrente bzw. Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Werks- / Zusatz-/Privatrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Auslandsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Mieteinnahmen / Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für hochgradig Sehbehinderte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Blindengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gehörlosenhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonder- / Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Steuererstattung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte Nachweise beifügen!)

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Weitere Versicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

5. Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei!)

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag, Geldmarktkonto usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflegeheim)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Sterbeversicherung Anzahl	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Rückkaufwert in €
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Vorsorgebetrag in €
Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Rückkaufwert in €
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Rückkaufwert in €
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Kraftfahrzeug(e) (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wert in €
Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €
Sonstiges Vermögen und zwar:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Betrag in €

Angaben zu Immobilien und/oder Grundbesitz

Sind Sie, Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien und/oder Grundbesitz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Art der Immobilie und des Grundbesitzes	Lage angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	Größe a) Grundstücksfläche (in m ²) b) Wohnfläche (in m ²)
Hauseigentum		a) _____ b) _____
Wohnungseigentum		a) _____ b) _____
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		a) _____
Sonstiges Haus- oder Grundvermögen		a) _____

Angaben zu Schenkungen und Vermögensübertragungen

Wurde seit der letzten Überprüfung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

ja nein

Haben Sie, Ihr/e Partner/in jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

ja nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte/r (Name, Adresse, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)	Höhe/Wert der Zuwendung

Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag, Urteil, etc. vor)

Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leibrente und sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigter: _____ Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____
Verzicht auf vertragliche Rechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Erläuterung:

6. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

IBAN 	Bank/ Geldinstitut
----------	--------------------

E r k l ä r u n g der antragstellenden Personen

Den Überprüfungsbogen 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 oder in einen gesonderten 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.

Beratungs- und Informationsangebot

Ich wünsche noch Beratung und Unterstützung zu meiner persönlichen Situation oder habe weiteren Informationsbedarf.

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

Die übrigen Personen werden von dieser Person informiert.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum

1. Person	Unterschrift
2. Person	Unterschrift

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I)
(Die jeweils aktuelle Fassung können Sie im Internet unter „<http://bundesrecht.juris.de>“
und dort unter „Gesetze/Verordnungen“ und dem Stichwort „SGB I“ finden.)

Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch - (StGB)

(Die jeweils aktuelle Fassung können Sie im Internet unter „<http://bundesrecht.juris.de>“
und dort unter dem Stichwort „StGB“ finden)

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) ...
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).
- (7)

Weitere Informationen zu gesetzlichen Bestimmungen können Sie auf Wunsch auch in Ihrem Sozialamt erhalten.