

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe



Landratsamt Ebersberg
Sozialhilfeverwaltung
Eichthalstraße 5
85560 Ebersberg

Ansprechpartner:
Sozialhilfeverwaltung
Tel.: 08092/823-0
Fax: 08092/823-210
Mail: sozialamt-leistung@lra-ebe.de

Vollzug des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, SGB XII; Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt das Landratsamt Ebersberg alle genannten Informationen und Unterlagen.

Bitte füllen Sie diesen Antrag wahrheitsgemäß und sorgfältig aus. Sie müssen die Richtigkeit der Angaben bestätigen.

Die Mitwirkungspflichten ergeben sich aus § 60 Abs. 1 SGB I.

Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Aussagen, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Angaben zum Antrag

Ich beantrage Sozialhilfe durch die Gewährung von

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Hilfe nach Kapitel 5 – 9 SGB XII in Form von:

(z. B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Begründung des Antrags bzw. Begründung der Notlage:

I. Persönliche Angaben

	Antragsteller	Ehegatte / Lebenspartner
Familienname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Telefonnummer		
Staatsangehörigkeit		
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (zutreffendes bitte ausfüllen)		
Duldung	Gültig bis:	Gültig bis:
Niederlassungserlaubnis	Gültig bis:	Gültig bis:
Aufenthaltserlaubnis	Gültig bis:	Gültig bis:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet seit wann: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet seit wann: _____
Bei Scheidung: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils		
Bestehen durch die Scheidung Unterhaltsansprüche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Angaben zu Einschränkungen		
Besteht eine Erwerbsminderung oder Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aus folgendem Grund:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aus folgendem Grund:
Besteht eine Behinderung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja GdB	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja GdB
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, Ausstellungsdatum und Zeichen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Besteht eine Pflegebedürftigkeit? Wenn ja, aus welchem Grund und Höhe des Pflegerades	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Besteht eine Betreuung? (Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn Betreuer vorhanden, Anschrift des Betreuers		
Besteht eine voll- oder teilstationäre Unterbringung (Werkstatt für Behinderte o. ä.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

II. Familienverhältnisse des Antragstellers

Bitte geben Sie alle Personen an, die noch in der Haushaltsgemeinschaft leben (außer Ihnen und Ihrem Ehegatten/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (zutreffendes bitte ausfüllen)				
Duldung	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:
Niederlassungserlaubnis	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:
Aufenthaltserlaubnis	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Liegt Arbeitslosigkeit vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit
Derzeitige Tätigkeit				
Arbeitgeber				
Begründung Nichterwerbstätigkeit				
Besteht eine voll- oder teilstationäre Unterbringung (Werkstatt für Behinderte o. ä.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sonstige Bemerkung				
Falls Sie ein nichteheliches Kind sind, oder unter Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:				
	Person 1	Person 2		
Name der Person/ des Kindes				
Name des/der Unterhaltspflichtigen				
Anschrift des/der Unterhaltspflichtigen				
Name des Vormunds/Pflegers				
Anschrift des Vormunds/Pflegers				
Festgestellter Unterhaltsbetrag €/Monat				
Tatsächliche Unterhaltszahlungen in €				
Datum & Aktenzeichen des Urteils/Beschlusses				

III. Unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder und Eltern des Antragstellers)

Verfügt eines Ihrer Kinder / Verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
--	-------------------------------	-----------------------------

	Angehöriger 1	Angehöriger 2
Familiename (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Beruf		
Arbeitgeber (Name und Anschrift)		
(wenn Rentenempfänger) Art der Rente		
Bestehen Unterhaltsan- sprüche gegen geschie- dene oder getrennt le- bende Ehegatten/Ehegat- tinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Le- benspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen _____ €	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen _____ €

IV. Einkommensverhältnisse des Antragstellers und der im Haushalt lebenden Personen (Bitte Nachweise beifügen!)

	Antragsteller	Ehepartner / Lebenspartner	Sonstige Haushaltsangehörige (wie in Ziffer II)			
			1	2	3	4
Haben Sie ein monatliches Einkommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nichtselbständige Tätigkeit (Gehalt/Vergütung/Entgelt)						
Gewerbe/Freiberufe/Handel						
Land- und Forstwirtschaft						
Miete und Pacht						
Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, usw.)						
Arbeitslosengeld I (nach SGB III)						
Arbeitslosengeld II (nach SGB II)						
sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
Krankengeld						
Pflegegeld						
Mutterschaftsgeld						
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld)						
Unterhalt nach BGB/LpartG						
Unterhaltsvorschuss nach UVG						
Unterhaltssicherung nach USG						
Unterhaltssicherung nach LAG						
Wohngeld						
Leibrente						
Altersrente						
Erwerbsminderungsrente						
Witwen/Witwerrente						
Waisenrente						
Landwirtschaftliches Altersgeld						
Betriebsrente						
Zusatzrente						
Unfallrente						
Pension						
Sonstige Einnahmen						

V. Vom Einkommen evtl. abzusetzende Beträge

(Bitte Nachweise beifügen!)

	Antrag- steller	Ehepartner / Lebens- partner	Sonstige Haushaltsangehörige (wie in Ziffer II)			
			1	2	3	4
Haben Sie absetz- bare Beträge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausgaben						
Steuern auf Ein- kommen (inkl. Soli)						
Kranken- und Pflegeversiche- rung						
Arbeitslosenversi- cherung						
Rentenversiche- rung						
Altersvorsorgebei- träge						
Hausratversiche- rung						
Haftpflichtversiche- rung						
Riester-Rente						
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle (Verkehrsmittel und Strecke in km)						
Mitgliedsbeiträge (z. B. VdK)						
Sonstiges						

VI. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)

(Bitte Nachweise beifügen!)

	Antrag- steller	Ehepartner / Lebens- partner	Sonstige Haushaltsangehörige (wie in Ziffer II)			
			1	2	3	4
Kostenaufwändige Ernährung (bitte Ärztliches Attest beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesför- derstätte (bitte Nachweise über Verpflegungskosten beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaft (bitte Mutter- schaftspass beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alleinerziehung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

VII. Bargeld, Konten und sonstiges Vermögen in Euro

(Bitte Nachweise beifügen!)

	Antrag- steller	Ehepartner / Lebens- partner	Sonstige Haushaltsangehörige (wie in Ziffer II)			
			1	2	3	4
Haben Sie Vermögen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bargeld						
Bank-Guthaben (IBAN, Vertrags- nummer und Be- trag angeben)						
Wertpapiere						
Depots						
Haus/Eigentums- wohnung (Größe, Wohnfläche)						
Sonstiger Grund- besitz (Nutzung, Verkehrswert)						
Kraftfahrzeuge (Marke/Type, Kennzeichen, Erst- zulassung, Kilome- terstand)						
staatlich geförderte private Altersvor- sorge						
Lebensversiche- rungen (Rück- kaufswerte)						
Übertragungsver- träge (Wohnrecht, Nießbrauch o. ä.)						
Krypto-Währungen						
Edelmetalle						
Sonstiges						
Sonstiges						
Sonstiges						

VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

Vermögensübertragungen	
Wurde in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung Vermögen auf eine andere Person übertragen?	<input type="checkbox"/> Ja, siehe Vertrag / Urkunde <input type="checkbox"/> Nein
Ungeklärte oder strittige Ansprüche	
Bestehen ggf. noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen noch Leistungen möglich wären? (Für Sie oder Ihren Ehegatten / Lebenspartner)	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> aus Sozialversicherung <input type="checkbox"/> als Kriegsgeschädigter <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Grund: _____	
Wenn ja, wo und wann wurde der Antrag gestellt?	

Steht deshalb noch ein Rechtsstreit aus? <input type="checkbox"/> Ja, Az.: _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Versicherungsansprüche	
Sie sind gesetzlich kranken- oder pflegeversichert?	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <input type="checkbox"/> Nein
Monatsbeitrag in €	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familienversichert
Wenn Sie derzeit nicht gesetzlich kranken- oder pflegeversichert sind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und wo? _____
Waren Sie schon einmal gesetzlich kranken- oder pflegeversichert?	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familienversichert
Sie sind privat kranken- oder pflegeversichert?	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <input type="checkbox"/> Nein
Monatsbeitrag in €	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familienversichert
Wenn Sie derzeit nicht privat kranken- oder pflegeversichert sind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und wo? _____
Waren Sie schon einmal privat kranken- oder pflegeversichert?	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familienversichert
Haben Sie eine Sterbegeldversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Rentenansprüche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde ein Antrag gestellt? Wenn ja, wo und wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und wo? _____

Wenn der Antrag abgelehnt wurde	Wann? _____
Entrichten Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <input type="checkbox"/> Nein
Sozialversicherungsnummer des Antragstellers	Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe keine Sozialversicherungsnummer
Haben Sie Anspruch auf beamtenrechtliche Versorgung oder Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <input type="checkbox"/> Nein

IX. Wohnungsverhältnisse und Kosten der Unterkunft

(Bitte Nachweise beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung		
Miete		
Bezahlen Sie Miete?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wohnfläche	Quadratmeter	Zimmer
Gesamtkosten der Unterkunft		
Kaltmiete		
Nebenkosten		
Heizungskosten		
Heizungsart		
Abrechnungsart		
In oben genannten Beträgen sind folgende Kosten enthalten:		
Warmwasserbereitung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____	€
Kochfeuerung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____	€
Eigentum		
Wenn Ihre Unterkunft Ihr Eigentum ist, dann müssen Sie eine Berechnung über Kosten und Belastungen erstellen und beilegen.		
Wohnraumförderung		
Erhalten Sie Einkommensorientierte Zusatzförderung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ €	
Haben Sie einen Antrag auf Wohnraumförderung gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	
Sonstige Angaben zur Unterkunft		
Haben Sie die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Haben Sie Mietschulden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ €	
Haben Sie Schulden für Energielieferungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ €	
Wurden bereits gerichtliche Schritte unternommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende	

X. Sonstiges

Haben Sie früher bereits Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Erhalten Sie derzeit Hilfe vom Bezirk Oberbayern oder haben Sie dort Hilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, in welchem Zeitraum und von welcher Behörde? _____
Wann sind Sie in den Landkreis Ebersberg gezogen?	
Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, welcher Behörde? _____
Wenn Sie aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind: Tag und Ort des Grenzübertritts	

XI. Bankverbindung

IBAN	
BIC	
Name und Sitz des Geldinstituts	
Name und Vorname des Kontoinhabers	

XII. Erklärung

Den Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe habe ich/haben wir wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet bin/sind, alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben und die verlangten Nachweise beizufügen. Komme/n ich/wir meiner/unserer Mitwirkungspflicht nicht nach, wenn ich/wir Sozialhilfe beantragt habe/n oder beziehe/n, so kann die Leistung versagt oder entzogen werden (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).

Wenn und solange ich/wir Sozialhilfeleistungen erhalte/n, werde/n ich/wir **alle Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse** (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögen, Aufenthaltsverhältnisse, etc.) **unverzüglich und unaufgefordert mitteilen**.

Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Lebens-/Ehepartner/in

Hinweise zum Datenschutz erhalten Sie unter <https://lra-ebe.de/service/hinweise-nach-eu-dsgvo/> oder bei der/dem für Sie zuständige/n Sachbearbeiter/in.