

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Tel:	Fax:
------	------

Posteingang:

- Gewünschte Hilfe:** **Hilfe zum Lebensunterhalt**
 Hilfe in besonderen Lebenslagen und zwar

Bezeichnung der Hilfe

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

Antragsteller:

Name, evtl. Geburtsname:		Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!):	
Straße:	PLZ:	Ort:	

Begründung der Besonderheit des Einzelfalles:

(z.B. Pflege, Überschuldung, Behinderung, Tod eines Familienangehörigen, Trennung/Scheidung, Geburt eines Kindes, Bestattungshilfe)

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zustimmen. Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrags erforderlich, die Datenerhebung erfolgt aufgrund von § 35 und § 60 ff. Sozialgesetzbuch I (SGB I) in Verbindung mit §§ 67 ff. SGB X. Es ist sichergestellt, dass Ihre Sozialdaten nur Befugten der Dienststelle zugänglich sind.

Ich bin auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ich der Übermittlung meiner besonderes schutzwürdigen Sozialdaten bereits jetzt widersprechen muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin (§ 76 SGB X).

I. Persönliche Verhältnisse	der/des Hilfesuchenden (HS)	des Ehegatten	falls der/die HS minderjährig und unverheiratet ist, der leiblichen Eltern	
	<i>(Person, für die Hilfe beantragt wird. Bei Eheleuten: hier den Haushaltsvorstand eintragen)</i>	<i>(auch wenn geschieden, verstorben, getrennt lebend)</i>	<i>(die Fragen sind immer zu beantworten, auch wenn die Eltern bereits verstorben sind)</i>	
			Vater	Mutter
Name				
auch Geburtsname und frühere Namen				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
	Land:	Land:	verstorben am:	verstorben am:
Wohnort (mit PLZ)				
Straße, Nr., Ortsteil				
Telefon				

I. Persönliche Verhältnisse	der/des Hilfesuchenden (HS) <i>(Person, für die Hilfe beantragt wird. Bei Eheleuten: hier den Haushaltsvorstand eintragen)</i>	des Ehegatten <i>(auch wenn geschieden, verstorben, getrennt lebend)</i>	falls der/die HS minderjährig und unverheiratet ist, der leiblichen Eltern <i>(die Fragen sind immer zu beantworten, auch wenn die Eltern bereits verstorben sind)</i>	
			Vater	Mutter
Familienstand <i>(led./verh./getr.leb./gesch./verw.)</i>	seit:	seit:	seit:	seit:
Aussiedler/ Spätaussiedler	<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
Staatsangehörigkeit bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status				
Pers.-Ausw./Pass ausgestellt am/vom				
höchster Schulabschluss an allg.bildenden Schulen	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾
erlernter Beruf				
höchster Berufsaus- bildungsabschluss	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾
zuletzt ausgeübter Beruf				
Beteiligung am Erwerbsleben Falls nein: Grund der Nichterwerbstätigkeit	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
arbeitslos gemeldet:	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	¹⁾ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	seit Monat/Jahr:	seit Monat/Jahr:	seit Monat/Jahr:	seit Monat/Jahr:
Arbeitgeber				
zuletzt kranken- versichert bei:				
	von - bis	von - bis	von - bis	von - bis
Kriegsbeschädigt gefallen am/ vermisst seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ v.H.

II. Personen, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in Haushaltsgemeinschaft lebt/leben (z.B. Kinder), soweit nicht bereits unter Ziff. I. angegeben:

Persönliche Verhältnisse	Haushaltsangehöriger 1	Haushaltsangehöriger 2	Haushaltsangehöriger 3	Haushaltsangehöriger 4
Name				
auch Geburtsname und frühere Namen				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Land				

1) Nur von Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren auszufüllen

Persönliche Verhältnisse	Haushaltsangehöriger 1	Haushaltsangehöriger 2	Haushaltsangehöriger 3	Haushaltsangehöriger 4
Ist der/die Haushaltsangehörige m.d. HS verwandt?	<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
wenn ja, Verwandtschaftsverhältnis				
wenn nein, Grund d. Aufnah-				
Familienstand (<u>led./verh./getr.leb./gesch./verw.</u>)	seit: _____	seit: _____	seit: _____	seit: _____
Aussiedler/ Spätaussiedler	<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
Staatsangehörigkeit bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status				
Pers.-Ausw./Pass				
ausgestellt am/vom				
höchster Schulabschluss an allg.bildenden Schulen	1)	1)	1)	1)
erlernter Beruf				
höchster Berufsaus- bildungsabschluss	1)	1)	1)	1)
zuletzt ausgeübter Beruf				
Beteiligung am Erwerbsleben	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein: Grund der Nichterwerbstätigkeit				
arbeitslos gemeldet:	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	seit Monat/Jahr: _____	seit Monat/Jahr: _____	seit Monat/Jahr: _____	seit Monat/Jahr: _____
Arbeitgeber				
zuletzt kranken- versichert bei:				
	von - bis _____	von - bis _____	von - bis _____	von - bis _____
Kriegsbeschädigt gefallen am/ vermisst seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ v.H.

III. Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Hausgemeinschaft, soweit nicht bereits oben angegeben (z.B. eheliche, nichteheliche, für ehelich erklärte oder angenommene Kinder, die Eltern):

Nr.	Name, Vorname	Geb.Datum	Fam.- Stand	Verw.Verh. zum/zur HS	Straße, Nr. Wohnort, PLZ	Einkommen	Vermögen
1						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
2						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:
3 ²⁾						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beruf:

1) Nur von Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren auszufüllen

2) Für weitere Personen bitte Beiblatt verwenden!

IV. Sonstige Angaben für den/die Hilfesuchende(n):

a)	Betreuer/Vormund/Beistand bestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja durch _____ Az. _____ ggf. Name, Anschrift: _____	
b)	Frühere Ehegatten , soweit nicht bereits auf Seite 1 angegeben: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag	
c)	Soweit die Ehe mit dem vorstehenden oder auf Seite 1 angegebenen Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde Urteil des Land-/Familiengerichts in: _____ vom: _____ Az. _____ (Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen - falls nicht geregelt, Scheidungsurteil beifügen!)	
d)	Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Kinder (ehel., für ehel. erklärte, an Kindes Statt angen., nichtehel. Kinder, Stief- und Pflegekinder, Enkel) Ehegatten, Vater und/oder Mutter: Name, Vorname, Geburtsdatum, Sterbetag	
e)	Beihilfeanspruch des/der Hilfesuchenden, seines/ihrer Ehegatten oder seiner/ihrer Eltern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (aus Beschäftigung im öffentl. o.ä. Dienst, durch vertragliche Vereinbarung usw.) Beihilfeberechtigte(n): _____ Beihilfestelle: _____	
f)	Berufsunfähig / Erwerbsunfähig Name(n): _____ festgestellt durch: _____	
g)	Schwerbehindert Name(n): _____ Grad der Behinderung (GdB): _____ festgestellt vom Versorgungsamt: _____	
h)	Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom: _____ bis: _____ Behörde: _____ Hilfeart: _____	
i)	Aufenthalt in den letzten 6 Monaten vom: _____ bis: _____ in: _____ in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn heute in einer Einrichtung untergebracht, wo war der Aufenthalt davor zuletzt? Bei Übertritt aus dem Ausland, Tag und Ort des Grenzübertritts: _____	
j)	Der derzeitige Aufenthalt ist <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> besuchsweise bis: _____	
k)	Verdienstbringende Arbeit im letzten Jahr vor der Antragstellung der unter Ziff. I. und II. angegebenen Personen: (Falls keine, letztes Arbeitsverhältnis angeben!) vom: _____ bis: _____ als: _____ bei Firma (PLZ, Ort) _____ Name/Sitz der Krankenkasse _____	
l)	Bei nichtehelich geborenen Minderjährigen: Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages _____ € Geht dieser lfd. Betrag in voller Höhe ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
m)	Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden gestellt aber noch nicht entschieden: (z.B. Renten, Kindergeld, Versorgungsleistungen, Leistungen nach dem _____) Tag, Behörde, Az. _____	
n)	Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden abgelehnt: (Bescheide zur Einsichtnahme beifügen!)	
o)	Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden bewilligt: (Bescheide zur Einsichtnahme beifügen!)	
p)	Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung wurden entrichtet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für _____ Monate insgesamt: _____	

V. Wohnverhältnisse des/der Hilfesuchenden und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen:

a)	Lebt der Hilfesuchende in einer eheähnlichen Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Wenn ja, mit wem?	Name, Anschrift	
	Bemerkungen:		
b)	<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Untermieter	Miete monatl. _____ € - ohne Nebenkosten	Zahl der Räume _____
	Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Gebühren)	monatl. _____ € - bitte belegen	_____
	Heizkostenpauschale für Zentralheizung	monatl. _____ € - bitte belegen	Wohnfläche _____
	Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
c)	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> eigenes Haus <input type="checkbox"/> freies Wohnrecht		
	Anfallende Kosten (z.B. Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer, Gebühren) monatl. _____ € - bitte belegen zu b) und c): Werden die Brennstoffe selbst beschafft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
d)	Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____		
	oder Wohngeld ist bewilligt ab _____ bis einschließlich _____ monatl. _____ €		

VI. 1 a) Einkommensverhältnisse der unter Ziff. I. Spalte 1 bis 4 aufgeführten Personen:

Bruttoeinnahmen ¹⁾ - monatlich Art (bitte belegen)	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z.B.: Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	€
aa) Hilfesuchende(r)		
bb) Ehegatte		
falls d. HS minderjährig und unverheiratet ist, seine/ihre leiblichen Eltern:		
cc) Vater		
dd) Mutter		

VI. 1 b) Vom Einkommen absetzbare Beträge (bitte belegen)

	Versicherungen (z.B. Haftpflichtversicherung) und mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben (z.B. Fahrtkosten)	€
aa) Hilfesuchende(r)		
bb) Ehegatte		
falls d. HS minderjährig und unverheiratet ist, seine/ihre leiblichen Eltern:		
cc) Vater		
dd) Mutter		

1) Beispielhafte Einkommensangaben				
Tätigkeit	Gesetzl. Rentenvers.	Versorgung (BVG, HHG,	Rentenähnliche Leistungen	Sonstige Leistungen
selbständige Arbeit	Berufsunfähigkeitsrente	Grundrente, Kleiderverschleiß	betriebliche Zuwendungen	Kindergeld (BKGG/ESTG)
unselbständige Arbeit	Erwerbsunfähigkeitsrente	Schwerstbeschädigtenzulage	Zusatzrente	Leistungen nach UVG
Krankengeld	Altersruhegeld	Pflegezulage, Führungszulage	Leibrente, Leibgeding	Leistungen nach USG
Schlechtwettergeld	Witwen-/Waisenrente	Elternrente	Altersgeld für Landwirte	Leistungen nach BAföG
Arbeitslosengeld	Unfallrente (..... %)	sonstige BVG-Rente	Entschädigungsrente (BEG)	
Arbeitslosenhilfe			Unterhaltsbeiträge	Einkommen aus Vermögen
Übergangsgeld	Lastenausgleich	Öffentlicher Dienst	Leistung von Stiftung	Zinsen, Vermögensertrag
Konkursausfallgeld	Unterhaltshilfe	Leistungen nach dem	Hilfswerk für behinderte Kinder	Vermietung, Verpachtung
Kurzarbeitergeld	Entschädigungsrente	Beamtenversorgungsgesetz		
Mutterschaftsgeld				Sonstige Einkommen

VI. 2 a) Einkommensverhältnisse der Personen, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in Haushaltsgemeinschaft leben, soweit nicht bereits unter Ziffer I. angegeben:

Bruttoeinnahmen ¹⁾ - monatlich Art (bitte belegen)	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z.B.: Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	€
aa) Haushaltsangehöriger (1)		
bb) Haushaltsangehöriger (2)		
cc) Haushaltsangehöriger (3)		
dd) Haushaltsangehöriger (4) ²⁾		

VI. 2 b) Vom Einkommen absetzbare Beträge (bitte belegen)

	Versicherungen (z.B. Haftpflichtversicherung) und mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben (z.B. Fahrtkosten)	€
aa) Haushaltsangehöriger (1)		
bb) Haushaltsangehöriger (2)		
cc) Haushaltsangehöriger (3)		
dd) Haushaltsangehöriger (4) ²⁾		

VI. 3. Krankenversicherungsverhältnisse:

Krankenversicherung des/der Hilfesuchenden bei:

Pflichtmitglied
 freiwillig versichert
 familienversichert mit: _____

Rentenantragsteller
 Rentner

Pflegeversicherung des/der Hilfesuchenden bei:

VII. Besondere Belastungen durch: (bitte belegen)

	Hilfesuchende(r) €	Ehegatte €	Vater €	Mutter €
Krankheiten				
Behinderungen				
Unterstützung von Angehörigen				
Sonstiges:				
Zusammen:				
	Haushaltsangeh.(1) €	Haushaltsangeh.(2) €	Haushaltsangeh.(3) €	Haushaltsangeh.(4) €
Krankheiten				
Behinderungen				
Unterstützung von Angehörigen				
Sonstiges:				
Zusammen:				

2) Für weitere Personen bitte Beiblatt verwenden!

VIII. Vermögenswerte des/der Hilfesuchenden, seines/ihres Ehegatten, wenn minderjährig und unverheiratet, der Eltern und der Personen, mit denen der/die Hilfesuchende(n) in Haushaltsgemeinschaft lebt/leben:

	Bargeld	Spar- und Bankguthaben, Bauspar- und sonstige Sparverträge		Wertpapiere		Lebens- und Kapitalversicherungen		Sonstiges Vermögen/ Forderungen
	€	Geldinstitut, BLZ, Kto.Nr.	Bargeld	Art	€	Summe	Fälligkeit	
Hilfesuchende(r)								
Ehegatte								
Vater								
Mutter								
Haushaltsangehöriger (1)								
Haushaltsangehöriger (2)								
Haushaltsangehöriger (3)								
Haushaltsangehöriger (4)								

a) Haus- und Grundvermögen
 Wohnhaus Zahl der Wohnungen: _____ Eigentumswohnung gewerblich genutztes Grundstück

Eigentümer	ggf. Anteil v.H.	Einheitswert €	geschätzter Verkehrswert €
------------	------------------	----------------	----------------------------

b) Sonstiger Grundbesitz
davon Bauland: _____ m² Bauerwartungsland: _____ m² Garten: _____ m²

Eigentümer	ggf. Anteil v.H.	Einheitswert €	geschätzter Verkehrswert €
Flurstück-Nr(n).	Gemarkung		

Es werden selbst bewirtschaftet: _____ ha Es werden verpachtet: _____ ha Es sind gepachtet: _____ ha

c) Vermögensabgabe / Wurden Vermögenswerte (z.B. Haus, Grundstück - bitte Übergabe-, Überlassung- oder Kaufverträge usw. beifügen -, Bar- oder Spargeld, Wertpapiere - wenn Abgabe in den letzten 10 Jahren erfolgte -) veräußert/übergeben/verschenkt? ja nein

Wenn ja: Art, Höhe, Anlass, Zeitpunkt, Empfänger:

d) Sind Sie Besitzer eines Kraftfahrzeuges nein ja, amtl. Kennzeichen:

IX. Bestehen Ansprüche oder Rechte gegen Dritte? (z.B. aus Übergabevertrag, auf Wohnrecht, Wart und Pflege, Zahlung)

nein ja Wenn ja, Art und Höhe: (Nachweis beifügen)

X. Schulden (bitte belegen!)

Name des Gläubigers und des Schuldners, Grund der Schuldaufnahme	Höhe der ursprünglichen Verbindlichkeit	derzeitige Restschuld	Zins monatlich		Zins monatlich	
			%	€	%	€

Bankverbindung des/der Hilfeempfänger (s/in):

Konto-Nummer	Bankleitzahl
Kreditinstitut	

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Soweit nach bürgerlichem Recht ein Unterhaltsanspruch gegen Dritte vorliegt, geht dieser - unter Umständen - gemäß § 91 Abs. 1 Satz 1 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) auf den Sozialhilfeträger über.

Dies ist nicht der Fall, wenn

- * laufend Unterhalt gezahlt wird,
- * der/die Unterhaltspflichtige selbst Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 11 BSHG) oder Hilfe in besonderen Lebenslagen (§ 28 BSHG) erhält,
- * der/die Unterhaltspflichtige mit dem/der Hilfeempfänger(in) im zweiten oder in einem entfernteren Grade verwandt ist,
- * die Hilfeempfängerin schwanger ist oder sie ihr leibliches Kind bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres betreut,
- * Leistungen nach § 19 Abs. 2 oder § 20 Abs. 2 BSHG (Hilfe zur Arbeit) gewährt werden,
- * dies eine unbillige Härte bedeuten würde, die in der Regel bei unterhaltspflichtigen Eltern vorliegt, soweit einem Behinderten, einem von einer Behinderung Bedrohten oder einem Pflegebedürftigen nach Vollendung des 21. Lebensjahres Eingliederungshilfe für Behinderte oder Hilfe zur Pflege gewährt wird (§ 91 Abs. 2 Satz 2 BSHG).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergeben und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen), unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls dort anzeigen.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte - auch die während meines letzten Krankenhausaufenthaltes - von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Hilfesuchenden
oder seines/ihrer gesetzl. Vertreters

Unterschrift des Ehegatten

Unterschrift des aufnehmenden
Beamten/Angestellten

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

I. Der Antrag auf Hilfe ist hier am _____ aufgenommen worden. eingegangen.
Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfen vorliegen.
Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

II. **Urschriftlich mit** _____ **Belegen**

an _____

weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:
(soweit Angaben im Antrag der Ergänzung oder Erklärung bedürfen, z.B. aus Kenntnis der privaten und wirtschaftlichen Verhältnisse des/der HS, bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Bestätigung der Meldebehörde: (Stadt / Gemeinde / Verwaltungsgemeinschaft)

Der/Die im Sozialhilfeantrag aufgeführte(n) Antragsteller(in) ist/sind unter der genannten Adresse gemeldet und hält/halten sich hier auf:

Name, Vorname	seit	Name, Vorname	seit
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Folgende weitere Person(en) ist/sind unter der im Sozialhilfeantrag genannten Adresse gemeldet und hält/halten sich hier auf:

Name, Vorname	seit	Name, Vorname	seit
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift