

Stadt Norderstedt Die Oberbürgermeisterin Sozialamt Fachbereich Sozialhilfe Rathausallee 50 22846 Norderstedt	Sachbearbeiter*in:		ausgegeben am:	
	Aktenzeichen:		Kenntnis ab:	
			Eingangsstempel:	

### Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

- Hilfe zum Lebensunterhalt**
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**
- Hilfe zur Gesundheit**
- Hilfe zur Pflege**
  - ambulant (Bitte zusätzlich „Anlage ambulante Hilfe zur Pflege“ ausfüllen)
    - Pflegegeld
    - Pflegesachleistungen
    - Haushaltshilfen
  - stationär (Bitte zusätzlich „Anlage stationäre Hilfe zur Pflege“ ausfüllen)
    - Langzeitpflege
    - Kurzzeit-/Verhinderungspflege
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten**
  - Übernahme der Unterkunftskosten bei Inhaftierung
  - sonstige
- Hilfe in anderen Lebenslagen**
  - Bestattungskosten
  - Hilfe zur Weiterführung des Haushalts
  - Altenhilfe
  - Blindenhilfe
  - Hilfe in sonstigen Lebenslagen

für:

---

Name der antragstellenden Person

## **Begründung des Antrages, Ursache der Notlage**

Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihnen vor? Welche Hilfe benötigen Sie?

---

---

---

---

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragebögen vollständig aus. Kreuzen Sie dafür die passenden Kästchen an und füllen Sie alle Felder aus. Wenn Sie mehr Platz brauchen, legen Sie bitte ein weiteres Blatt bei. Bitte alle Angaben durch Nachweise belegen.

Sie müssen alle Fragen beantworten, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können. Am Ende des Antrages gibt es ein Merkblatt. Dort steht, warum wir nach Ihren Daten fragen dürfen.

1. Ihre persönlichen Angaben		
	Antragsteller*in	Partner*in
Anrede	<input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Titel		
Nachname		
Ggf. Geburtsname		
Vornamen		
Geburtsdatum (wann sind Sie geboren?)		
Geburtsort (wo sind Sie geboren?)		
Anschrift: (wo wohnen Sie?) Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Adresszusatz (ggf. bei wem?)		
E-Mail		
Telefon		
Mobiltelefon		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
a) Seit wann		
b) Wenn geschieden: Gericht Datum und Aktenzeichen		
c) Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit: (Von welchem Land haben Sie einen Pass? Bitte vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige
Sonstige Staatsangehörigkeit (bitte eintragen)		
Einreisedatum		
Aufenthaltsstatus (bitte Nachweis beifügen)	Unbefristet <input type="checkbox"/> Befristet bis:	Unbefristet <input type="checkbox"/> Befristet bis:
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit		

	Antragsteller*in	Partner*in
Liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor? (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbsunfähigkeit festgestellt durch:		
Erwerbsunfähigkeit befristet?	<input type="checkbox"/> ja, bis <input type="checkbox"/> nein (unbefristet)	<input type="checkbox"/> ja, bis <input type="checkbox"/> nein (unbefristet)
Ist ein/e gesetzliche/r <b>Be- treuer*in</b> oder Bevollmächtigte/r bestellt oder bestimmt? (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Betreuer*in		
Straße, Hausnummer Betreuer*in		
Postleitzahl, Ort Betreuer*in		
Telefon Betreuer*in		
Soll das Verwaltungsverfahren ausschließlich durch die/den Be- treuer*in geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Ausschließlich- keitserklärung vorlegen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Ausschließlich- keitserklärung vorlegen) <input type="checkbox"/> nein

<b>2. Weitere Angaben zu Ihrer Person</b>		
	Antragsteller*in	Partner*in
Haben Sie in den letzten 6 Mona- ten oder bereits früher <b>Sozial- hilfe</b> erhalten?	<input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe erhalten	von            bis	von            bis
Wer hat die Sozialhilfe gezahlt?		
Haben Sie in den letzten 6 Mona- ten oder bereits früher <b>Einglie- derungshilfe</b> erhalten bzw. er- halten Sie Eingliederungshilfe?	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> früher als vor 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein
Eingliederungshilfe erhalten	von            bis	von            bis
Wer hat die Eingliederungshilfe gezahlt?		
Haben Sie bereits Leistungen von der <b>Bundesagentur für Arbeit (Arbeitsamt)</b> oder <b>Jobcenter</b> erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen erhalten	von            bis	von            bis
Von welchem Arbeitsamt oder Jobcenter haben Sie Leistungen erhalten?		

	Antragsteller*in	Partner*in
Wurde ein <b>Rentenantrag</b> gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenantrag gestellt am		
Rente ist bereits bewilligt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sozialversicherungsnummer		
Sind Sie in den letzten 5 Jahren einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen oder haben Sie freiwillig Rentenversicherungsbeiträge gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie im Ausland einer Erwerbstätigkeit nachgegangen?	<input type="checkbox"/> ja (bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) <input type="checkbox"/> nein
Wovon haben Sie in den letzten drei Jahren Ihren Lebensunterhalt bestritten?		
Sind Sie hier zugezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seit wann leben Sie unter der jetzigen Anschrift?		
Wo haben Sie vorher gewohnt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)?		
Zuzug aus einer stationären Einrichtung/besonderen Wohnform/Pflegeheim?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wo haben Sie vor dem erstmaligen Einzug in eine besondere Wohnform/stationäre Einrichtung/Pflegeheim gewohnt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)?		
Benötigen Sie Pflege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad: Bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) vorlegen		
Antrag bei der Pflegekasse wurde gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. vertragliche Ansprüche, Unfallversicherung, Schadensersatz)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Ansprüche gegenüber Dritten		
Gegen wen bestehen die Ansprüche?		

	Antragsteller*in	Partner*in
Resultiert eine ggf. vorliegende Gesundheitsstörung aus einem Unfall, Impfschaden, einer Gewalttat oder ähnlichem Ereignis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja

**3. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt**  
 (Beantragen Sie ausschließlich Leistungen der Eingliederungshilfe, müssen nur unterhaltsberechtigzte Kinder angegeben werden.)

**Leben noch weitere Personen in Ihrer Wohnung?**  nein  ja  
 Wenn ja, benennen Sie bitte diese Personen.

	Person 3	Person 4	Person 5
Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verhältnis zur antragstellenden Person			
Staatsangehörigkeit			
Bei Ausländern: Aufenthaltsstatus / bis			
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit			
Schwerbehinderung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbsunfähigkeit liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**4. Angaben zu Angehörigen außerhalb des Haushaltes**

**Leben Familienangehörige (Eltern und Kinder aller antragstellenden Person/en) oder getrenntlebende / geschiedene Ehegatten bzw. Lebenspartner\*innen außerhalb Ihrer Wohnung?**  
 nein  ja (Wenn ja, benennen Sie bitte diese Person/en.)

	Person 3	Person 4	Person 5
Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Wohnort, Straße, Haus-Nr.			
Verhältnis zum/r Antragsteller*in			

	Person 3	Person 4	Person 5
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit: Wo (Arbeitgeber)?			
Die Person verfügt über nachfolgende Einkünfte:			
Einkünfte aus Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
weitere Einkünfte (z. B. Rente, Pension, Unterhalt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Haben Sie Vermögenswerte an diese Person/en übertragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Was? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Was? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Was? _____ Wann? _____
Bestehen <b>Unterhaltsansprüche</b> gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner*in oder Partner*innen einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (bitte Nachweis vorlegen)			

## 5. Feststellung des finanziellen Bedarfs

### Kosten der Unterkunft

Wie wohnen Sie (bei stationärer Hilfe zur Pflege bitte Wohnverhältnisse vor Heimaufnahme angeben oder die aktuellen Wohnverhältnisse von dem\*der Partner\*in)?

in einer besonderen Wohnform (früher stationäre Einrichtung)

Mietwohnung

zur Untermiete

mietfrei

eigenes Haus/Eigentumswohnung (**bitte Anlage Hauslasten ausfüllen**)

sonstiges (bitte erläutern Sie Ihre Wohnsituation) \_\_\_\_\_

Größe der Wohnung: \_\_\_\_\_ qm, davon untervermietet: \_\_\_\_\_ qm  
Anzahl der Räume: \_\_\_\_\_  
Baujahr: \_\_\_\_\_

Wieviel zahlen Sie für Ihre Wohnung?  
Kosten (bitte Nachweise beifügen, z. B. Mietvertrag, Wohn- und Betreuungsvertrag):

Kaltniete \_\_\_\_\_ € (**ohne** Heiz- und Betriebskosten, Garagenmiete u. a.)

Betriebskosten \_\_\_\_\_ € (z. B. Grundsteuer, Müllgebühren usw.)

Heizkosten \_\_\_\_\_ €

Ich heize mit  Gas  Heizöl  Fernwärme  Strom  Holz  sonstiges

Pauschalmiete \_\_\_\_\_ €

Warmwasserversorgung erfolgt:

zentral (über die Heizung)

dezentral (über Boiler, Durchlauferhitzer)

Kosten für dezentrale Warmwasserbereitung \_\_\_\_\_ €

Bekommen Sie Wohngeld/Lastenzuschuss?  nein  ja (bitte Bewilligungsbescheid vorlegen)

### Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Name und Anschrift Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung:

Antragsteller*in	Partner*in
Versicherungsnummer: Monatsbeitrag: KV _____ € PV _____ €	Versicherungsnummer: Monatsbeitrag: KV _____ € PV _____ €



<p><b>Ich bin</b></p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert</p> <p><input type="checkbox"/> familienversichert über</p> <p><input type="checkbox"/> als Rentner*in versichert</p> <p><input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller*in versichert</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert</p> <p><input type="checkbox"/> privatversichert</p> <p><input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt</p> <p><input type="checkbox"/> privat zusatzversichert</p> <p><input type="checkbox"/> nicht versichert</p> <p>Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.</p>	<p><b>Mein*e Partner*in ist</b></p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert</p> <p><input type="checkbox"/> familienversichert über</p> <p><input type="checkbox"/> als Rentner*in versichert</p> <p><input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller*in versichert</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert</p> <p><input type="checkbox"/> privatversichert</p> <p><input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt</p> <p><input type="checkbox"/> privat zusatzversichert</p> <p><input type="checkbox"/> nicht versichert</p> <p>Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.</p>
--	--

Zusatzfrage bei **stationärer Hilfe Zur Pflege**:

Für die von Ihnen zu leistenden Zuzahlungen für die Leistungen der Krankenversicherung bis zur individuellen Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Leistungen in Form eines ergänzenden Darlehens, wenn Sie dem nicht widersprechen. Die Rückzahlung erfolgt durch das Einbehalten von monatlichen Raten aus dem Barbetrag.

Möchten Sie der darlehensweisen Übernahme widersprechen?  ja  nein

Sofern Sie „nicht versichert“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

	<b>Antragsteller*in</b>	<b>Partner*in</b>
Lag bereits früher ein Krankenversicherungsverhältnis vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in der Vergangenheit eine Erwerbstätigkeit ausgeübt (auch im Ausland)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Bedarfe der Hilfen zur Gesundheit bestehen akut?		
Welche Krankenversicherung soll künftig Ihre Krankenbehandlung sicherstellen?		

6. Mehrbedarfe		
	Antragsteller*in	Partner*in
Schwerbehinderung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis gültig bis:		
Grad der Behinderung: Merkzeichen (z. B. G, aG, Bl) ( <b>bitte Nachweis vorlegen</b> ):	%	%
Haben Sie einen Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
Sind Sie schwanger? ( <b>Wenn ja, bitte Mutterpass vorlegen</b> )	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorauss. Entbindungstermin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorauss. Entbindungstermin:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung? ( <b>Bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen</b> )	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für behinderte Menschen o.ä. teil? (Bitte Bescheinigung vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele Tage pro Woche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele Tage pro Woche?
Haben Sie Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte? (Bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Liegt ein einmaliger, unabweisbarer, besonderer Bedarf vor? Welcher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7. Einkommenserklärung (aktuelles Einkommen) Bei steuerpflichtigem Einkommen ist immer der Steuerbescheid vorzulegen!					
Art des Einkommens	Antragsteller*in	Partner*in	weitere Personen in der Wohnung		
			3	4	5
<b>Einkommen aus</b> nichtselbständiger Arbeit (z. B. Erwerbseinkommen, Bezüge, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Art des Einkommens	Antrag- steller*in	Partner*in	weitere Personen in der Wohnung		
			3	4	5
Gewerbe/Handel/ Freibe- ruf/Selbständigkeit (bitte Ge- winn angeben)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Land- und Forstwirtschaft (bitte Gewinn angeben)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Vermietung und Verpachtung	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Kapitalvermögen (Zinsen, Divi- denden)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Leistungen der Krankenkasse (z. B. Krankengeld)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Leistungen der Pflegekasse	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Bürgergeld (SGB II)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Arbeitslosengeld (SGB III)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sonstige Leistungen der Agen- tur für Arbeit (z. B. Unterhalts- geld)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sozialhilfe (SGB XII)/ Wohn- geld	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Kindergeld Kindergeld-Nr:	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vor- handen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Art des Einkommens	Antragsteller*in	Partner*in	weitere Personen in der Wohnung		
			3	4	5
Elterngeld	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Renten/Pensionen(Inland) (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Werksrente, sonstige Renten - Bruttorenten)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Ausländische Renten (Bruttorenten)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sonstige Leistungen des Rentenversicherungsträgers	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Unterhalt (z. B. Ehegattenunterhalt, Kindesunterhalt, Unterhaltsvorschuss)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
BAföG-Leistungen , Unterhalts-sicherung	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Baukindergeld, Steuererstattung	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Landesblindengeld, Blindenhilfe	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Vermögenswirksame Leistungen	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>Sonstige Einkünfte</b> (z. B. aus Altenteils-/Überlassungsverträgen, Leibrenten, Zuwendungen)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>Ist Einkommen gepfändet oder abgetreten?</b>	<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

<b>Angaben zur Bereinigung des Einkommens (nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist)</b>					
<b>Absetzbare Beträge (aktuelles Jahr)</b>	<b>Sie selbst</b>	<b>Partner*in</b>	<b>weitere Personen in der Wohnung</b>		
			<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Sind absetzbare Beträge vorhanden?</b>	<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
Aufwendungen für Arbeitsmittel (Berufskleidung, Reinigung)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte Einfache Fahrtstrecke Beförderungsmittel	_____ € _____ km	_____ € _____ km	_____ € _____ km	_____ € _____ km	_____ € _____ km
Beiträge zu Berufsverbänden (Gewerkschaft, Sozialverband)	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	_____ € <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Hausratversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Haftpflichtversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Altersvorsorge Beitrag mtl. Art:	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____
Sonst. Versicherung Art:	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____
Sonstiges Art:	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____	_____ € _____

**Besondere finanzielle Belastungen (bitte Nachweis mit Begründung der Notwendigkeit beifügen):**

---



---



---

## 8. Vermögenserklärung

Es sind alle Vermögenswerte im In- und Ausland anzugeben.

Art des Vermögens	Antragsteller*in		Partner*in	
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ €
Bank-/Girokonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ € 2. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ € 2. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €
Sparguthaben(z. B. Sparbuch, Festgeld- oder Tagesgeldkonto, Sparverträge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ € 2. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ € 2. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €
Altersvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €
Aktien/Pfandbriefe/sonst. Wertpapiere/Patentrechte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €
PayPal- und/oder Paydirekt-Konten, Tradingguthaben, Kryptowährung etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €
Lebens-/Sterbegeld-/Unfallversicherungen, Bestattungsvorsorge (Rückkaufswert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €
Kraftfahrzeuge Marke/Typ, Erstzulassung Kilometerstand Wert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____ _____ €
Sachwerte (z. B. Schmuck, Münzen, Gemälde, Antiquitäten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Größe: _____ qm Wohnfläche: _____ qm Anzahl Wohneinheit.: _____ Verkaufswert: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Größe: _____ qm Wohnfläche: _____ qm Anzahl Wohneinheit.: _____ Verkaufswert: _____ €

Art des Vermögens	Antragsteller*in		Partner*in	
Ansprüche gegen Dritte (z. B. Darlehen, Mietkaution, Genossenschaftsanteile, Ansprüche aus Kauf-/Überlassung- oder Altenteilverträgen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____ €
Erbschafts- und Pflichtteilsansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Höhe: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Höhe: _____ €
Sonst. Ansprüche (z. B. aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilverträgen, Wohn- oder Nießbrauchrechte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____ €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____ €
<p>Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? Wurden Vermögenswerte abgetreten?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben: _____ _____ _____ _____ _____				
<p><b>Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag vor.</b></p>				

## Erklärung der antragstellenden Person (oder der\*des gesetzlichen Vertreter\*in):

### • Wahrheit der Angaben

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.

Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

### • Mitwirkungspflicht

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte, Auslandsaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

### • Datenschutz

Die Informationen über die Erhebung von Daten können unter folgendem Link aufgerufen werden und sind im Vorwege an die Antragstellung zur Kenntnis zu nehmen:

[https://dse.segeberg.de/pdf/50\\_00\\_001.pdf](https://dse.segeberg.de/pdf/50_00_001.pdf)

Alternativ können Sie auch den folgenden QR-Code mit Ihrem Smartphone scannen und gelangen auf diesem Wege zu den einschlägigen Datenschutzhinweisen:



Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.norderstedt.de/Datenschutz/>

### • Überleitung von Ansprüchen

Der Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII bzw. § 134 SGB IX für die Zeit der Hilfegewährung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung der\*des Schuldner\*in die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gemäß § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Leistungsträger über.

**Ich bestätige, die Informationen zur Wahrheit der Angaben, Mitwirkungspflicht, Überleitung von Ansprüchen und die Erklärung zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.**

**Mir ist bekannt, dass der Antrag erst dann abschließend bearbeitet werden kann, wenn alle geforderten Angaben/Unterlagen vervollständigt oder nachgereicht worden sind.**

Die gegebenenfalls zu gewährenden Geldleistungen (z. B. lfd. Grundsicherungsleistungen, Barbetrag im Pflegeheim, Bekleidungsbeihilfen, Pflegegeld, Blindenhilfe o. ä.) sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

---

Bank, IBAN

---

Kontoinhaber

---

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller\*in bzw. Betreuer\*in



## Erklärung über die Befreiung vom Bankgeheimnis/Kontenabrufverfahren

Von der antragstellenden Person ist für jedes Konto/Sparkonto, jedes Depot oder jeden Vertrag eine Befreiungserklärung abzugeben.

---

Name, Vorname der antragstellenden Person

geboren am

---

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach sich ziehen können.

Art des Kontos/der Anlage	Kontonummer/IBAN	Aktueller Wert

Bezeichnung und Anschrift des Instituts/der Institute, bei denen das Konto/die Konten/Verträge geführt werden:

---

---

---

Ich ermächtige und beauftrage hiermit jedes angegebene Institut unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Bankgeheimnis/Schweigepflicht) allen zuständigen Sozialhilfeträgern, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes dort geführte Konto für die letzten 10 Jahre zu erteilen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auf jedes weitere Institut, welches im Rahmen der Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern dem Sozialhilfeträger bekannt wird und von mir im Antragsverfahren nicht angegeben worden ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kontoinhaber\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in/Betreuer\*in/Bevollmächtigte\*r (mit Urkunde bzw. Vollmacht)

## Erklärung über die Befreiung vom Bankgeheimnis/Kontenabrufverfahren

Es ist für jedes Konto/Sparkonto, jedes Depot oder jeden Vertrag eine Befreiungserklärung abzugeben.

---

Name, Vorname des\*der Ehegatten\*in/Lebenspartner\*in

geboren am

---

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach sich ziehen können.

Art des Kontos/der Anlage	Kontonummer/IBAN	Aktueller Wert

Bezeichnung und Anschrift des Instituts/der Institute, bei denen das Konto/die Konten/Verträge geführt werden:

---

---

---

Ich ermächtige und beauftrage hiermit jedes angegebene Institut unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Bankgeheimnis/Schweigepflicht) allen zuständigen Sozialhilfeträgern, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes dort geführte Konto für die letzten 10 Jahre zu erteilen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auf jedes weitere Institut, welches im Rahmen der Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern dem Sozialhilfeträger bekannt wird und von mir im Antragsverfahren nicht angegeben worden ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kontoinhaber\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in/Betreuer\*in/Bevollmächtigte\*r (mit Urkunde bzw. Vollmacht)

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

---

Name, Vorname der antragstellenden Person

geboren am

---

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)

- meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt
- die Kranken-/Pflegeversicherung und beteiligte pflegerische Dienstleister
- den Medizinischen Dienst
- den Amtsärztlichen Dienst
- den Sozialpsychiatrischen Dienst
- das Jugendamt
- den Träger der Eingliederungs- oder Sozialhilfe
- das Jobcenter
- die Bundesagentur für Arbeit
- das örtliche Sozialamt
- den Rentenversicherungsträger
- die/den von mir kontaktierten Anbieter\*in
- den Erwachsenensozialdienst

gegenüber allen zuständigen Sozialhilfeträgern von der Schweigepflicht. Dies betrifft Fragen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Leistung der Sozialhilfe entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass über mich vorhandene

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle, Teil- und Gesamtplan
- Bewilligungs- und Ablehnungsbescheide der Pflegekasse und anderer Träger
- Gutachten (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Krankenhaus)
- Pflegedokumentation

den zuständigen Trägern im Rahmen des Antrages auf Leistungen der Sozialhilfe zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in/Betreuer\*in/Bevollmächtigte\*r (mit Urkunde bzw. Vollmacht)

## Ermittlung der Unterkunftskosten bei Wohneigentum

von der/ dem Leistungsbezieher(in) / Antragsteller(in) auszufüllen

Name(n) des/ der Eigentümer/-in:

Adresse (Straße, Nr.):

(PLZ, Ort):

Größe (Wohnfläche) gesamt:  qm

davon vermietet:  qm

eigengenutzt:  qm

Finanzierung:			
Darlehen	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	(Kreditinstitut)	(Darlehenssumme in EUR)	(ntl. Zinsen in EUR)
Darlehen	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	(Kreditinstitut)	(Darlehenssumme in EUR)	(ntl. Zinsen in EUR)
Darlehen	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	(Kreditinstitut)	(Darlehenssumme in EUR)	(ntl. Zinsen in EUR)

**Kostenaufstellung (alle Angaben sind durch Vorlage entsprechender Belege nachzuweisen):**

Art	Betrag (in EUR)	monatlich	quartalsweise	jährlich
Wasser	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwasser	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundsteuer	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schornsteinfeger	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartung Heizung	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebäudeversicherung	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abfallentsorgung	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum:

Unterschrift Leistungsbezieher(-in) / Antragsteller(-in):

# Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII –Anlage Bestattungskosten

Verstorbene Person	
Name	
ggf. Geburtsname	
Vornamen	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Geburtsort/Kreis	
Sterbedatum/Sterbeort (Sterbenachweis, z. B. Sterbeurkunde ist beizufügen)	
Verwandtschaftsverhältnis zur antragsstellenden Person	
Verstorbene*r bezog	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Sozialhilfe im Heim <input type="checkbox"/> Rente/Pension <input type="checkbox"/> Bürgergeld <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> Sonstiges <hr/>

Bestattung	
Anlässlich des Todes/der Bestattung erwarte/habe ich folgende Geldleistungen erhalten:	<input type="checkbox"/> von Angehörigen    _____ Euro <input type="checkbox"/> von Versicherungen    _____ Euro <input type="checkbox"/> sonstige Zahlungen    _____ Euro
Die Bestattung ist erfolgt/erfolgte am	
durch (Bestatter*in)	
auf dem Friedhof in	
Die Kosten betragen für die/den Bestatter*in für die Friedhofsgebühren für _____	_____ Euro _____ Euro _____ Euro  <input type="checkbox"/> sind noch nicht bekannt
Die Bestattung wurde in Auftrag gegeben und zwar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von mir <input type="checkbox"/> von mir und _____ <input type="checkbox"/> von _____
Ich habe dem verstorbenen bis zum Tod Unterhalt geleistet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es weitere Personen, die zur Übernahme der Bestattungskosten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

verpflichtet sind?	Bei Ja: _____ Name, Adresse, Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen
Ich bin vom Ordnungsamt aufgefordert worden, die Bestattungskosten zu zahlen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin zur Tragung der Bestattungskosten vertraglich verpflichtet. (z. B. durch Hofübergabevertrag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Erbe/Nachlass</b>	
Ich bin Erbe des Verstorbenen: (sofern es ein Testament gibt, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja:	<input type="checkbox"/> Alleinerbe <input type="checkbox"/> Miterbe zusammen mit  1) _____ Name, Adresse, Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen  2) _____ Name, Adresse, Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen  3) _____ Name, Adresse, Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen  4) _____ Name, Adresse, Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen  5) _____ Name, Adresse, Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen
Falls nein: Ich habe die Erbschaft ausgeschlagen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Erbausschlagung geplant

<b>Vermögen des Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes</b>		
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ €
Bank-/Girokonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €  2. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €

Sparguthaben (z.B. Sparguthaben, Festgeld- oder Tagesgeldkonto, Sparverträge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €  2. Bank _____ IBAN _____ Kontostand _____ €
Altersvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €
Aktien/Pfandbriefe/ sonst. Wertpapiere /Patentrechte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €
PayPal- und/oder Paydirekt-Konten, Tradingguthaben, Kryptowährung etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €
Lebens-/Sterbegeld-/Unfallversicherungen Bestattungsvorsorge (Rückkaufswert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ Wert: _____ €
Kraftfahrzeuge  Marke/Typ, Erstzulassung Kilometerstand Wert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____ _____ _____ €
Sachwerte (z.B. Schmuck, Münzen, Gemälde, Antiquitäten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Wert: _____ €
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Größe: _____ qm Wohnfläche: _____ qm Anzahl Wohneinheit.: _____ Verkaufswert: _____ €
Ansprüche gegen Dritte (z.B. Darlehen, Mietkaution, Genossenschaftsanteile, Ansprüche aus Kauf-/Überlassung- oder Altenteilverträgen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____ €
Erbschafts- und Pflichtteilsansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Höhe: _____ €
Sonst. Ansprüche (z. B. aus Kauf-/ Überlassungs- oder Altenteilverträgen, Wohn- oder Nießbrauchrechte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____ €

Sofern weitere Personen zur Übernahme der Bestattungskosten verpflichtet sind, ist von diesen Personen jeweils individuell die „Anlage Bestattungskosten – weitere Verpflichtete“ auszufüllen. Anderenfalls kann lediglich der auf Sie fallende Anteil vom Sozialhilfeträger geprüft werden. Als Verpflichtete Personen kommen z.B. in Betracht:

- Verpflichtete aus vertraglicher Regelung
- Erb\*innen
- Unterhaltsverpflichtete
- Öffentlich-rechtlich Verpflichtete