

Landkreis Rostock Außenstelle Bad Doberan Sozialamt August-Bebel-Straße 3 18209 Bad Doberan	Sachbearbeiter/in:		ausgegeben am:	
	Aktenzeichen:		Eingangsstempel:	

Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII

Ich _____ beantrage Leistungen nach §§ 67 ff. SGB XII in Form von Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten.

Begründung des Antrags (ggf. weiteres Blatt benutzen):

Hinweis:

Um über Ihren Sozialhilfe Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 des Sozialgesetzbuches I (SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Sozialgesetzbuch X (SGB X), die Datenverarbeitung nach § 67b SGB X.

Falls eine beteiligte Person die getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, kann dies über einen weiteren Antragvordruck geschehen.

Füllen Sie den Vordruck bitte mit „ja“ und „nein“ vollständig aus, Streichungen sind nicht ausreichend! Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen!

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person auf der letzten Seite zu bestätigen.

Persönliche wirtschaftliche Verhältnisse des/der Antragsteller/in

Name, Vorname(n)		
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Sofern Sie aktuell ohne festen Wohnsitz sind, geben Sie zwingend Ihre <u>letzte</u> Anschrift an.		
Kontaktdaten (wenigstens eins von beidem zwingend erforderlich)		
Telefon/Mobil:		E-Mail:

Achtung: Ohne Kontaktdaten kann keine Antragsprüfung erfolgen.

Sollten Sie in eine Einrichtung gezogen sein, bitte ich Sie, nachfolgend Ihren Wohnsitz vor Eintritt in die oben genannte Einrichtung anzugeben.

Anschrift vor Eintritt in die Einrichtung (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)
--

Monatliche Wohnkosten

Grundmiete	
Betriebskosten (ohne Heizung)	
Heizkosten Art der Heizung:	Incl. Warmwasser Ohne Warmwasser
Monatliche Belastungen bei Wohneigentum (Schuldzinsen, Grundsteuer, Gebäudeversicherung, Müllgebühren, Wasser-/Abwasserkosten, Schornsteinfegergebühren, Anliegerbeiträge, Gebühren Abwassergrube, Sonstiges) - bitte alles beilegen -	Gesamtkosten: _____ €

Kinder und weitere Haushaltsangehörige des/der Antragsteller/in:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- oder sonstiges Verhältnis zum/zur Antragsteller(in)	wohnhalt im Haushalt des Antragstellers	vom Antragsteller/Ehe- o. Lebenspartner finanziell überwiegend unterhalten
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- oder sonstiges Verhältnis zum/zur Antragsteller(in)	wohnhaft im Haushalt des Antragstellers	vom Antragsteller/Ehe- o. Lebenspartner finanziell überwiegend unterhalten
			<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
			<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
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich/Wir habe(n) folgendes Einkommen:

	Antragsteller/in	Lebens-/Ehepartner(in) Lebensabschnittsgefährte/in
Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Arbeitslosengeld I/II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Rente(n)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Erziehungsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
BAföG/BAB	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:

Vom Einkommen eventuell abzusetzende Beiträge (Nachweise bitte beifügen!)

Privathaftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein monatliche Kosten: €	Hausrat-/Glasversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein monatliche Kosten: €
Altersvorsorgebeiträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein monatliche Kosten: €	Sterbeversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein monatliche Kosten: €

Beiträge für Berufsverbände <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein monatliche Kosten: €	Arbeitsmittel/Fahrkosten zur Arbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein monatliche Kosten: €
--	--

Bei Erzielung von Arbeitseinkommen bitte ausfüllen:

Wohnort, Straße	Arbeitsort, Straße	monatliche Arbeitstage
Entfernungskilometer (einfache Strecke)	Fahrtkosten öffentliche Verkehrsmittel	

Ich/Wir habe(n) folgendes Vermögen:

	Antragsteller/in	Lebens-/Ehepartner(in) Lebensabschnittsgefährte/in
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Giro-Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Grundvermögen, Betriebs- o. landwirtschaftliches Vermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:
Schulden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Höhe:

Besondere Belastungen (Nachweise bitte beifügen!)

Ratenzahlung für Kredite (mtl. Höhe, Restlaufzeit), mtl. Unterhaltszahlungen, gesundheitlich bedingte Mehraufwendungen

Erklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Ich/wir beantrage(n) die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII. Ich/wir versichere/versichern, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben strafbar mache/n und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Auf meine/unsere Mitwirkungspflicht und die Folge fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. SGB I) bin ich/sind wir hingewiesen worden. Eine Folge könnte sein, die Hilfe zu versagen. Fehlende Mitwirkung heißt, dass die Aufklärung des Sachverhaltes erschwert wird, Unterlagen nicht beigebracht werden oder nicht genügend Selbsthilfe erkennbar ist.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift Ehe-/Lebenspartner oder Lebensabschnittsgefährte/in
------------	-------------------------------	---