

## **Antrag auf Sozialhilfe / *Application for Sozialhilfe: Antragsbogen A / Form A***

**Quelle / Source:**

**<https://www.berlin.de/sen/gessoz/service/formulare/>**

**Sprachen: Deutsch / Einfache Sprache  
Languages: German / Easy German**

**veröffentlicht / *published:*  
12.1.2016**

**\* Achtung: Dieses Dokument ist nur eine Hilfe. Sie müssen das originale Formular ausfüllen.**

**Wenn Sie das allein machen, machen Sie vielleicht etwas falsch. Das kann dann Probleme geben. Deswegen raten wir Ihnen, sich in einer Beratungsstelle Hilfe zu holen.**

**Alle Übersetzungen haben ehrenamtliche Helferinnen und Helfer von dem Verein "KuB" gemacht. So gut sie es konnten. Aber sie können keine Garantie geben, dass sie jeden Satz richtig übersetzt haben.**

**Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)**

**Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>**

<b>Bezirksamt</b> Geschäftsbereich <b>Sozialwesen</b> Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA -		Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.			
<b>Antrag auf</b> <input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach SGB XII <input type="checkbox"/> Leistungen nach AsylbLG		Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben - unter XI des Antrages oder - auf einem gesonderten Blatt	
Art der Hilfe <input type="checkbox"/> innerhalb einer Einrichtung <input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung					
<b>I. Antragsteller/in</b> (Personenziffer 1)		<b>Ehegatte/Lebenspartner/in</b> (Personenziffer 2)			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<input type="checkbox"/> nicht im gemeinsamen Haushalt →		keine weiteren Angaben auf dieser Seite; nur Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen	
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> im gemeinsamen Haushalt ↓		
<input type="checkbox"/> minderjährig →		Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen		Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Seit	bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen		Geburtsdatum
					Geburtsort/Kreis/Land
<b>Staatsangehörigkeit</b> <input type="checkbox"/> deutsch → ↓		bitte Anlage 2 ausfüllen		<b>Staatsangehörigkeit</b> <input type="checkbox"/> deutsch → ↓	
Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis	Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis
<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓			
bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen	bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft } →		bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft } →	
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am	<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am
		ausgestellt von (Dienststelle)			ausgestellt von (Dienststelle)
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)		gültig bis	Merkzeichen (G, aG)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG)
		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Bezirksamt</b>	<i>Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin</i> ▼	
Geschäftsbereich	<i>Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin</i>	
	<i>Lichtenberg von Berlin</i>	
	<i>Marzahn-Hellersdorf von Berlin</i>	
	<i>Mitte von Berlin</i>	
	<i>Neukölln von Berlin</i>	
	<i>Pankow von Berlin</i>	
	<i>Reinickendorf von Berlin</i>	
	<i>Spandau von Berlin</i>	
	<i>Steglitz-Zehlendorf von Berlin</i>	
	<i>Tempelhof-Schöneberg von Berlin</i>	
	<i>Treptow-Köpenick von Berlin</i>	

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

<b>In welchem Bezirk wohnen Sie?</b> Geschäftsbereich Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA -		Sie müssen alle Fragen beantworten, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können. Am Ende des Antrags gibt es noch ein Merkblatt. Dort steht, warum wir Sie nach Ihren Daten fragen dürfen.							
<b>Was beantragen Sie?</b>		<input type="checkbox"/> Sozialhilfe  <input type="checkbox"/> Leistungen für Asylbewerber		Bitte kreuzen Sie die passenden Kästchen an und füllen Sie die Felder aus.		Wenn sie mehr Platz brauchen, können Sie entweder unten auf dem Antrag unter der Nummer XI weiter schreiben. Oder Sie legen ein zusätzliches Blatt zum Antrag.			
Wo wollen Sie Hilfe bekommen? <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung (Wohnen Sie zum Beispiel gerade in einem Heim?) <input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung									
<b>I. Person, die den Antrag stellt (Sie selbst) (Person Nummer 1)</b>		<b>Ehegatte oder Ehegattin/Lebenspartner oder Lebenspartnerin (Person Nummer 2)</b>							
Name, Vorname. Wenn sich Ihr Name geändert hat, schreiben Sie auch Ihren Geburtsnamen dazu.		<input type="checkbox"/> Sie leben nicht in einer gemeinsamen Wohnung →		Wenn Sie nicht in einer gemeinsamen Wohnung leben, müssen Sie auf dieser Seite nichts mehr ausfüllen. Bitte füllen Sie nur auf dem Formular "Anlage 1" den Buchstaben A aus					
Geburtsdatum (Wann sind Sie geboren?)	Geburtsort (Wo sind Sie geboren?), Kreis, Land	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> Sie leben in einer gemeinsamen Wohnung ↓					
<input type="checkbox"/> minderjährig (Sind Sie jünger als 18 Jahre?) →		Wenn Sie jünger als 18 Jahre sind, füllen Sie bitte auf dem Formular "Anlage A" den Buchstaben B aus		Name, Vorname. Wenn sich Ihr Name geändert hat, , schreiben Sie auch Ihren Geburtsnamen dazu.					
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig # <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft # <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft #		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend # <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet #		Seit	Bitte füllen Sie das Formular "Anlage 1" Buchstabe A aus.		Geburtsdatum (Wann sind Sie geboren?)	Geburtsort (Wo sind Sie geboren?), Kreis, Land	
Staatsangehörigkeit (Von welchem Land haben Sie einen Pass?) <input type="checkbox"/> deutsch → ↓		Bitte füllen Sie das Formular "Anlage 2" aus		Staatsangehörigkeit (Von welchem Land haben Sie einen Pass?) <input type="checkbox"/> deutsch ↓		Bitte füllen Sie das Formular "Anlage 2" aus			
Bitte zeigen Sie Ihren Ausweis oder Ihren Reisepass vor	Wer hat Ihnen den Ausweis oder den Reisepass gemacht? #		Wie lange ist der Ausweis oder der Reisepass gültig?	Bitte zeigen Sie Ihren Ausweis oder Ihren Reisepass vor	Wer hat Ihnen den Ausweis oder den Reisepass gemacht? #		Wie lange ist der Ausweis oder der Reisepass gültig?		
<input type="checkbox"/> noch keine Leistungen bekommen <input type="checkbox"/> schon Leistungen bekommen ↓				<input type="checkbox"/> noch keine Leistungen bekommen <input type="checkbox"/> schon Leistungen bekommen ↓					
bis	von welchem Amt?		Geschäftszeichen	bis	von welchem Amt?		Geschäftszeichen		
<input type="checkbox"/> Sie werden betreut <input type="checkbox"/> Sie haben einen offiziellen Beistand #		Wenn es eine Betreuung oder einen Beistand gibt, bitte die Dokument dazu einreichen		<input type="checkbox"/> Sie werden betreut <input type="checkbox"/> Sie haben einen offiziellen Beistand #		Wenn es eine Betreuung oder einen Beistand gibt, bitte die Dokument dazu einreichen			
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Partner, Kind oder Enkelkind eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Flüchtling aus der Sowjetzone - Ausweis C -		Von wann ist der Ausweis?  Wer hat Ihnen den Ausweis gemacht? (Name einer Behörde)		<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Partner, Kind oder Enkelkind eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Flüchtling aus der Sowjetzone - Ausweis C -		Von wann ist der Ausweis?  Wer hat Ihnen den Ausweis gemacht? (Name einer Behörde)			
Sind Sie schwerbehindert? (Bitte reichen Sie eine Kopie des Ausweises ein)		gültig bis		Merkzeichen (G, aG)		gültig bis		Merkzeichen (G, aG)	
		Haben Sie einen Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Haben Sie einen Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

# ledig:

*Sie sind nicht verheiratet und nicht geschieden.*

# eheähnliche Gemeinschaft:

*Sie leben mit einem festen Partner/einer festen Partnerin zusammen.*

# eingetragene Lebenspartnerschaft:

*Sie leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.*

# dauernd getrennt lebend:

*Sie sind verheiratet, aber Sie leben nicht zusammen.*

# verwitwet:

*Ihr Partner/Ihre Partnerin ist gestorben.*

# ausgestellt von (Dienststelle):

*Wer hat Ihnen den Ausweis oder den Reisepass gemacht? (Sie finden diese Information auf der Rückseite des Ausweises oder im Reisepass unter dem Foto. Zum Beispiel "Stadt Berlin")*

# es besteht Beistandschaft:

*Sie haben einen offiziellen Beistand (Das ist bei Menschen unter 18 Jahren eine Person, die nicht Vater oder Mutter ist).*

**Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)**

**Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>**

<p><u>Sozialversicherung</u></p> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p><u>Krankenversicherung:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>	<p><u>Sozialversicherung</u></p> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p><u>Krankenversicherung:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>
---	---

<b>II. Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit</b>		
	Personenziffer 1	Personenziffer 2
Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor? (EU-Rente)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein für welchen Zeitraum? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein für welchen Zeitraum? _____
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stufe: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stufe: _____
Auszubildender/Student - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung / Studium als _____	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung / Studium als _____
Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule	_____	_____
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.

\* **Wichtige Hinweise:** Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin **das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil **familienversichert** werden. Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner **getrennt** leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen **familienversichert** werden können.

## ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<p><b>Sozialversicherung</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine (wenn Sie keine Sozialversicherung haben, schreiben Sie den Grund dafür auf Seite 4 unter Nummer XI)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p><b>Krankenversicherung (Art der Versicherung):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>	<p><b>Krankenversichert bei (Nennen Sie den Namen der Versicherung)</b></p> <p>_____</p> <p><b>Rentenversichert bei (Nennen Sie den Namen der Versicherung)</b></p> <p>_____</p> <p><b>Rentenversicherungsnummer</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Sozialversicherung</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine (wenn Sie keine Sozialversicherung haben, schreiben Sie den Grund dafür auf Seite 4 unter Nummer XI)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p><b>Krankenversicherung (Art der Versicherung):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>	<p><b>Krankenversichert bei (Nennen Sie den Namen der Versicherung)</b></p> <p>_____</p> <p><b>Rentenversichert bei (Nennen Sie den Namen der Versicherung)</b></p> <p>_____</p> <p><b>Rentenversicherungsnummer</b></p> <p>_____</p>
---	---	---	---

**II. Können Sie arbeiten und wenn ja, wie viel?**

	Person Nummer 1	Person Nummer 2
Arbeiten Sie im Moment?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art der Arbeit: _____ Bei wem arbeiten Sie? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art der Arbeit: _____ Bei wem arbeiten Sie? _____
Wie viel können Sie arbeiten?	Was meinen Sie: Können Sie <b>mindestens drei Stunden am Tag</b> arbeiten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Was meinen Sie: Können Sie <b>mindestens drei Stunden am Tag</b> arbeiten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Gibt es ein Gutachten, das sagt, dass Sie nicht arbeiten können. Haben Sie ein solches Gutachten? Man spricht dann auch von "EU-Rente" oder "Erwerbsunfähigkeitsrente".	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Gilt es für immer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Für wie lange gilt es? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Gilt es für immer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Für wie lange gilt es? _____
Brauchen Sie Pflege? Im Gesetz für die Pflegeversicherung steht, welche Menschen Pflege bekommen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche Stufe haben Sie?: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche Stufe haben Sie?: _____
Auszubildender, Student oder Schüler	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, Sie machen eine Ausbildung zu/ein Studium als _____	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, Sie machen eine Ausbildung zu/ein Studium als _____
Name und Adresse Ihres Arbeitgebers (Wo arbeiten Sie?) oder Ihrer Schule	_____	_____
Wohnen Sie in einer "stationären Einrichtung"? Das heißt zum Beispiel in einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationsklinik oder in einem Pflegeheim.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Sie wohnen in einer Einrichtung vom _____ bis _____ Wenn ja, reichen sie bitte eine Bescheinigung ein	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Sie wohnen in einer Einrichtung vom _____ bis _____ Wenn ja, reichen sie bitte eine Bescheinigung ein

\* **Wichtige Hinweise:** Sind Sie oder Ihr Partner **noch nicht 23 Jahre alt**? Dann können Sie oder Ihr Partner über Ihren Vater oder Ihre Mutter versichert werden. Das heißt "familienversichert". Leben Sie oder Ihr Partner von Ihrem Ehegatten/Lebenspartnern **getrennt**? Manchmal können Sie trotzdem über Ihren Lebenspartner **familienversichert** werden. Das prüft das Sozialamt.

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>III. Bankverbindung</b>			
Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber/in
IBAN		BIC	
<b>IV. Aufenthalt</b>			
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft	
<b>V. Unterkunft</b>			
<b>V.1</b>	<input type="checkbox"/> Mietwohnung → <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in →	Name und Anschrift des Vermieters Name des Hauptmieters	<input type="checkbox"/> Eigenheim → <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Mietrückstände (von/bis/EUR)
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	Gekündigt zum
		<b>Bitte Nachweis beifügen</b>	Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2 Bitte Anlage 6 ausfüllen
<b>V.2</b>	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt → <input type="checkbox"/> Wohngeld wird nicht gezahlt
	Bitte Bescheid beifügen		
Heizungsart/ Warmwasser	<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung	<input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung	<input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung
<input type="checkbox"/> Wohnraum wird untervermietet → <input type="checkbox"/> Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> Wohnraum kann nicht untervermietet werden →	Zahl vermieteter Leerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl vermieteter möblierter Zimmer
	Miete (EUR/mtl.)	Grund	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei:      Name: <span style="background-color: #ffff00; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>			
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt</b> (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung	Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung	



**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

Haben Sie einen Antrag auf "Hartz 4" (SGB II) gestellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, reichen Sie bitte den Antrag ein. Oder die Antwort vom Amt darüber, ob Sie Leistungen bekommen oder nicht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, reichen Sie bitte den Antrag ein. Oder die Antwort vom Amt darüber, ob Sie Leistungen bekommen oder nicht.
Haben Sie eine Kundennummer bei der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)? Dann nennen Sie sie bitte			
<b>Hier dürfen Sie nichts schreiben. Hier schreibt das Sozialamt</b>			
Gibt es Gründe, warum die Person keine Unterstützung bekommen soll?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>III. Bankverbindung</b>			
Bei welcher Bank ist Ihr Konto? (zum Beispiel Sparkasse Berlin, Deutsche Bank)		Bankleitzahl	Kontonummer
IBAN (Die Nummer finden Sie auf Ihrer EC-Karte)		BIC (Die Nummer finden Sie auf Ihrer EC-Karte)	
<b>IV. Wo wohnen Sie?</b>			
Adresse		Wo ist die Wohnung im Haus?/ Stockwerk	Telefonnummer (Sie können Ihre Telefonnummer aufschreiben, müssen das aber nicht tun)
Seit wann sind Sie in Berlin angemeldet?	Seit wann sind Sie in Ihrem Bezirk angemeldet?	Die Miete ist bezahlt bis Was war Ihre letzte Adresse?	
<b>V. Haus/Wohnung</b>			
<b>V.1</b>	<input type="checkbox"/> Sie mieten Ihre Wohnung → <input type="checkbox"/> Sie sind Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Sie sind Untermieter/in →	Name und Adresse des Vermieters  Name des Hauptmieters	<input type="checkbox"/> Ihr Haus gehört Ihnen → <input type="checkbox"/> Ihre Wohnung gehört Ihnen → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Ihr/e Lebenspartner/in und Sie bezahlen gemeinsam die Miete
	Wie viel Euro Miete bezahlen Sie insgesamt im Monat?	Kosten für warmes Wasser Euro im Monat	Die Miete ist noch nicht bezahlt von... bis... (Euro) →
	Wie viel bezahlen Sie für die Heizung? (Euro im Monat)	Wie viel bezahlen Sie für Kabelfernsehen? (Euro im Monat)	Die Wohnung ist gekündigt zum →
		<b>Bitte den Kontoauszug beilegen</b>	
			Bitte füllen Sie das Formular "Anlage 3" aus und machen dann bei V.2 weiter  Bitte das Formular "Anlage 6" ausfüllen
<b>V.2</b>	Wie groß ist Ihre Wohnung? Wie viele Zimmer gibt es (ohne Küche und Bad)?	Wie viele Quadratmeter hat Ihre Wohnung?	<input type="checkbox"/> Sie bekommen Wohngeld → <input type="checkbox"/> Sie bekommen kein Wohngeld
			Legen Sie bitte den Bescheid über das Wohngeld ein
Art der Heizung/ warmes Wasser (Sie finden die richtige Antwort in Ihrem Mietvertrag)			
<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung <input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung <input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung			
<input type="checkbox"/> Sie haben einen Untermieter	Wie viele Zimmer ohne Möbel vermieten Sie an andere Personen?	Miete im Monat (Euro im Monat)	Wie viele Zimmer mit Möbeln vermieten Sie an andere Personen?
<input type="checkbox"/> Sie haben ein Zimmer, das untervermietet werden kann			Miete im Monat (Euro im Monat)
<input type="checkbox"/> Sie haben kein Zimmer, das untervermietet werden kann →	Warum?		
<input type="checkbox"/> Sie dürfen kostenlos wohnen bei:			
Wohnen Sie in einer "stationären Einrichtung"? Das heißt zum Beispiel in einem Heim, in einer betreuten Wohngemeinschaft oder in einem Krankenhaus. Wenn ja: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt?</b>	Ihre Adresse <b>bevor Sie in die Einrichtung gezogen sind</b>	Ihre Adresse <b>bevor Sie in die Einrichtung gezogen sind</b>	

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

<b>VI.</b>	<b>Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen</b>		
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span> <b>Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.</b> Bei vier oder mehr Personen bitte <b>Zusatzblatt</b> verwenden.			
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in / Partner/in			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

<b>VI.</b>	<b>Ihre persönlichen Verhältnisse mit anderen Personen in Ihrer Wohnung</b>		
Leben weitere Personen mit Ihnen in Ihrer Wohnung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Wenn ja, nennen Sie bitte diese Personen. Beginnen Sie mit der ältesten, enden Sie mit der jüngsten.</b> Wenn es vier oder mehr Personen sind, nehmen Sie bitte ein <b>extra Blatt</b> .			
	Person Nummer 3	Person Nummer 4	Person Nummer 5
Name. Wenn sich Ihr Name geändert hat, schreiben Sie auch Ihren Geburtsnamen dazu.			
Vorname			
Wie ist diese Person mit Ihnen oder und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin verwandt?			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum (Wann ist die Person geboren?) Geburtsort (Wo ist die Person geboren?)			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig (Die Person ist nicht verheiratet und nicht geschieden) <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____
Staatsangehörigkeit (Von welchem Land hat die Person einen Pass?)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(Hat die Person eine Arbeitsgenehmigung? Dann reichen Sie sie bitte ein.)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(Hat die Person eine Arbeitsgenehmigung? Dann reichen Sie sie bitte ein.)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(Hat die Person eine Arbeitsgenehmigung? Dann reichen Sie sie bitte ein.)</small>
Hat die Person eine Kundennummer bei der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)? Dann nennen Sie sie bitte			
Kann die Person arbeiten? Diese Frage müssen Sie nur für Personen ab 16 Jahren beantworten	Was meinen Sie: Kann diese Person <b>mindestens drei Stunden am Tag</b> arbeiten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Was meinen Sie: Kann diese Person <b>mindestens drei Stunden am Tag</b> arbeiten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Was meinen Sie: Kann diese Person <b>mindestens drei Stunden am Tag</b> arbeiten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Hat eine dieser Personen einen Antrag auf "Hartz 4" (SGB II) gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, reichen Sie bitte den Antrag ein. Oder die Antwort vom Amt darüber, ob sie Leistungen bekommen oder nicht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, reichen Sie bitte den Antrag ein. Oder die Antwort vom Amt darüber, ob sie Leistungen bekommen oder nicht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, reichen Sie bitte den Antrag ein. Oder die Antwort vom Amt darüber, ob sie Leistungen bekommen oder nicht.
Hat die Person eine Kundennummer bei der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)? Dann nennen Sie sie bitte			
<b>Hier dürfen Sie nichts schreiben. Hier schreibt das Amt</b>			
Gibt es Gründe, warum die Person keine Unterstützung bekommen soll?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

<b>VII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern)</b>						
Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburts- tag, bzw. Alter	Familien- stand	Verwandt- schafts- verhältnis zum Antragsteller	ausgeübte Tätigkeit	Anschrift	Art und Höhe des Unter- haltsbeitrages

<b>VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen</b>			Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen			
Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Geschäftszeich en, Renten- abrechnungs- nummer, o. ä.	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Nichtselbstän- dige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung , Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeit- geberzuschuss)						
Gewerbe- betrieb						
Land- und Forstwirtschaft						
Sonstige selbständige Tätigkeiten						
Vermietung und Verpachtung						
Wohngeld/Last enzuschuss						
Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbs- minderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirt- schaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisen- rente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss / -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungs- leistung, Sonstige Renten / Pensionen)						

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

VII.	<b>Haben Sie Verwandte (Kinder, Eltern), die für Sie eine monatliche Unterstützung bezahlen müssen? Die aber nicht bei Ihnen zu Hause wohnen?</b>						
Name, Vorname. Wenn sich der Name geändert hat, schreiben Sie auch den Geburtsnamen dazu.	Geburstag oder Alter der Person?	Familienstand	Wie ist diese Person mit Ihnen verwandt?	Was arbeitet diese Person?	Adresse dieser Person	Wie heißt die Unterstützung, die Sie von dieser Person erhalten? Wie viel Geld erhalten Sie von dieser Person?	

VIII.	<b>Wie viel verdienen alle Personen, die in Ihrem Wohnung leben?</b>			Nennen Sie bitte einen Betrag in Euro pro Woche, pro Monat oder pro Tag. Bitte reichen Sie Papiere ein, in denen steht, wie viel Geld die Personen verdienen			
Wie heißt das Geld?	Von wem kommt das Geld?	Geschäftszeichen, Nummer für die Abrechnung der Rente oder ähnliches	Person Nummer 1	Person Nummer 2	Person Nummer 3	Person Nummer 4	
<b>Nichtselbständige Tätigkeit</b> <i>(Verdienst aus einer Arbeit als Angestellter, als Auszubildender oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen)</i>							
<b>Leistungen der Krankenkasse</b> <i>(Darin ist auch enthalten, was der Arbeitgeber bezahlt)</i>							
<b>Gewerbebetrieb (Haben Sie zum Beispiel einen eigenen Laden oder arbeiten selbständig als Handwerker?)</b>							
<b>Landwirtschaft und Forstwirtschaft</b>							
<b>Haben Sie eine andere selbständige Arbeit?</b>							
<b>Vermieten oder verpachten Sie ein Haus, eine Wohnung oder ein Grundstück?</b>							
<b>Bekommen Sie Wohngeld oder eine andere Unterstützung vom Staat?</b>							
<b>Renten / Pensionen</b> <i>(zum Beispiel Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwenrente oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss / Kinderzulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, Sonstige Renten / Pensionen)</i>							

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

**ORIGINAL**

Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Geschäfts- zeichen, Rentenabrech- nungsnummer, o. ä.	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
			1	2	3	4
Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen						
Sozialhilfe- leistungen						
Grundsicherun gsleistungen						
Asylbewerber- leistung						
Leistungen nach dem Bundesversor- gungsgesetz						
Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes <small>(z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)</small>						
Leistungen der Agentur für Arbeit <small>(z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe, Arbeitsför- derungsgeld u. a.)</small>						
Kindergeld						
Kindergeld- zuschlag						
Elterngeld						
Ausbildungs- förderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvor- schuss						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche <small>(z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen- geld, Leibrente, Pflegegeld)</small>						
Steuerer- stattung						
Kapitalerträge <small>(z. B. Zinsen)</small>						
Sonstige Einkünfte <small>(z.B. Schadensersatz- ansprüche)</small>						
Kein Einkommen						

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

Wie heißt das Geld?	Von wem kommt das Geld?	Geschäftszeichen, Nummer für die Abrechnung der Rente oder ähnliches	Person Nummer 1	Person Nummer 2	Person Nummer 3	Person Nummer 4
			Nennen Sie bitte einen Betrag in Euro pro Woche, pro Monat oder pro Tag. Bitte reichen Sie Papiere ein, in denen steht, wie viel Geld die Personen verdienen			
Sozialhilfe						
Grundsicherung						
Asylbewerberleistung						
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
Leistungen des Lastenausgleichsamtes  <i>(zum Beispiel Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)</i>						
Leistungen der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)  <i>(zum Beispiel Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u. a.)</i>						
Kindergeld						
Kindergeldzuschlag						
Elterngeld						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvorschuss						
Private Unterstützung in anderer Form als durch Geld (zum Beispiel von Verwandten oder von einer Versicherung)  <i>(zum Beispiel Essen, Wohnung, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)</i>						
Haben Sie bezahlte Steuern zurück bekommen?						
Gewinn aus Kapital (zum Beispiel Zinsen)						
Anderes Geld <i>(Muss Ihnen zum Beispiel jemand Schadensersatz zahlen, weil Sie einen Unfall hatten?)</i>						
Kein Einkommen						

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

<b>Sind Leistungen nach Nr. VIII. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?</b>			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen
<b>Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung?</b>			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Art der Leistung	Zeitpunkt	EUR

<b>IX.</b>	<b>Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Keine abzetz- baren Beträge</b>	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Ausgaben mtl. Betrag					
Einkommensteuer*					
Krankenversicherung*					
Pflegeversicherung*					
Arbeitslosenversicherung*					
Rentenversicherung*					
Kirchensteuer*					
Unfallversicherung					
Altersvorsorgebeiträge					
Hausratsversicherung					
Sterbeversicherung					
Lebensversicherung					
Haftpflichtversicherung					
Aufwendungen für Arbeitsmittel					
Beiträge für Berufsverbände					
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung					

\* Angabe nicht erforderlich soweit die Beträge bereits vom Arbeitgeber oder Rententräger abgesetzt wurden



## ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<b>Haben Sie auf irgendeine Leistung aus dieser Liste (Nr. VIII) einen Antrag gestellt, über den noch nicht entschieden wurde?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Person Nummer	Datum des Antrags	Wie heißt das Geld?	Bei welchem Amt? Nennen Sie das Geschäftszeichen
<b>Erwarten Sie eine einmalige Geldzahlung? (Zum Beispiel die Rückzahlung von Steuern)</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Person Nummer	Wie heißt das Geld?	Wann?	Euro

<b>IX.</b>	<b>Auf welchen Teil Ihres Einkommens müssen Sie vielleicht keine Steuern bezahlen?</b>				
<input type="checkbox"/> Ich muss auf das ganze Einkommen Steuern bezahlen	Person Nummer 1	Person Nummer 2	Person Nummer 3	Person Nummer 4	Person Nummer 5
Ausgaben im Monat in Euro					
Einkommensteuer*					
Krankenversicherung*					
Pflegeversicherung*					
Arbeitslosenversicherung*					
Rentenversicherung*					
Kirchensteuer*					
Unfallversicherung					
Altersvorsorgebeiträge (Sparen Sie privat für die Rente?)					
Hausratsversicherung					
Sterbeversicherung					
Lebensversicherung					
Haftpflichtversicherung					
Haben Sie Dinge gekauft, die Sie für die Arbeit brauchen?					
Beiträge für Berufsverbände (sind Sie zum Beispiel Mitglied in einer Handwerkskammer?)					
Haben Sie höhere Kosten, weil Sie in zwei Wohnungen leben?					

\* Sie müssen hier nichts schreiben, wenn Ihr Arbeitgeber oder Rententräger diese Beiträge für Sie bezahlt

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km
- öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- PKW	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Motorrad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Mofa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Sonstiges	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nähere Begründung zu „Sonstiges“	<input type="text"/>				

**X. Vermögensverhältnisse** (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Sparguthaben / Bargeld <input type="checkbox"/> Ja      → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertpapiere <input type="checkbox"/> Ja      → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sachwerte von besonderem Wert <input type="checkbox"/> Ja →    Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes) <input type="checkbox"/> Ja →    Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen) <input type="checkbox"/> Ja →    Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	amtl. Kennzeichen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fabrikat	Baujahr	Halter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hauseigentum oder Grundbesitz <b>Bitte Anlage 3 ausfüllen</b> <input type="checkbox"/> Ja      → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatlich geförderte private Altersvorsorge <input type="checkbox"/> Ja      → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

	Person Nummer 1	Person Nummer 2	Person Nummer 3	Person Nummer 4	Person Nummer 5
Wie weit ist es von Ihrer Wohnung bis zu Ihrer Arbeit? Was kostet das?	<input type="text"/> Kilometer	<input type="text"/> Kilometer	<input type="text"/> Kilometer	<input type="text"/> Kilometer	<input type="text"/> Kilometer
- öffentlichen Verkehrsmitteln (S-Bahn, U-Bahn, Bus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Auto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Sehr kleines Auto (bis 500 Kubikcentimeter)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Motorrad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Mofa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Anderes Verkehrsmittel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Welches Verkehrsmittel?	<input type="text"/>				

**X. Haben Sie Vermögen?** (Wenn der Platz nicht reicht, schreiben Sie bitte auf einem extra Zettel weiter)

Bitte kreuzen Sie die passenden Kästchen an und füllen Sie die Felder aus	Person Nummer 1	Person Nummer 2	Person Nummer 3	Person Nummer 4
Guthaben auf einem Sparkonto / Bargeld <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertpapiere (zum Beispiel Aktien) <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Besitzen Sie teure Dinge? (zum Beispiel Kunstwerke, Schmuck) <input type="checkbox"/> Ja → Was? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
anderes Vermögen (schuldet Ihnen zum Beispiel jemand Geld) <input type="checkbox"/> Ja → Was? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haben Sie in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt? (Haben Sie in den letzten 10 Jahren viel Geld oder eine sehr teure Sache (zum Beispiel ein Auto) verschenkt? "Normale" Geschenke wie zum Geburtstag müssen Sie hier nicht nennen) <input type="checkbox"/> Ja → Was? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haben Sie ein Auto oder Motorrad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Autonummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marke	Baujahr (wie alt ist das Auto?) Wer ist der Besitzer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Besitzen Sie eine Wohnung, ein Haus oder ein Grundstück? Dann füllen Sie bitte das Formular "Anlage 3" aus <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sparen Sie für die Rente? Wird sie vom Staat gefördert (zum Beispiel "Riester Rente")? <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				

<b>XI.</b>	<b>Sonstige Angaben</b> , z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

<b>XII.</b>	<b>Leistungen für besondere Mehrbedarfe</b>
Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts. Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:	
<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche → Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____ Vorname: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin _____
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitslaben erhalten → Vorlage des Bewilligungsbescheides	Name: _____ Vorname: _____
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen → vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____ Vorname: _____ Name: _____ Vorname: _____

<b>XIII.</b>	<b>Bestandteile des Antrages sind die Anlagen</b>
<input type="checkbox"/> 1 - Unterhalt <input type="checkbox"/> 2 - Ausländer <input type="checkbox"/> 3 - Grundbesitz <input type="checkbox"/> 4 – Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> 6 – Mietschulden <input type="checkbox"/> _____	

<b>XIV.</b>	<b>Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt</b>

## ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Bitte kreuzen Sie die passenden Kästchen an und füllen Sie die Felder aus.	Person Nummer 1	Person Nummer 2	Person Nummer 3	Person Nummer 4
Bekommen Sie etwas aus anderen Verträgen? (zum Beispiel Wohnrecht oder das Recht, fremde Dinge zu nutzen)	<input type="checkbox"/> Ja      → <input type="checkbox"/> Nein			
Anderes Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja      → <input type="checkbox"/> Nein			
<b>XI. Weitere Angaben, zum Beispiel über Ihre Person, Ihre Familie, Ihre Gesundheit</b>				
<b>XII. Leistungen für besonderen Bedarf</b>				
In manchen Fällen können Sie mehr Geld bekommen, wenn Sie dieses dringend brauchen. Deswegen stellt das Amt Ihnen noch weitere Fragen. Sie gelten für alle Personen in Ihrer Wohnung				
In diesen Fällen können Sie mehr Geld bekommen				
<input type="checkbox"/> Schwangere Frauen nach der 12. Woche der Schwangerschaft → Bitte legen Sie den Mutterpass vor	Name: _____ Vorname: _____ Wann wird das Kind wahrscheinlich geboren? (Geburtsstermin) _____			
<input type="checkbox"/> Eine Person ab 16 Jahren mit einer schweren Behinderung, die bereits andere Leistungen bekommt. Diese Leistungen heißen "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" → Bitte legen Sie den Brief vom Amt vor, in dem steht, dass diese Person Geld bekommt	Name: _____ Vorname: _____			
<input type="checkbox"/> Brauchen Sie aus medizinischen Gründen eine besonders teure Ernährung? → Im Sozialamt gibt es ein Formular, das der Arzt ausfüllen muss	Name: _____ Vorname: _____ Name: _____ Vorname: _____			
<b>XIII. Folgende Anlagen zu diesem Antrag gibt es</b>				
<input type="checkbox"/> 1 - Unterhalt <input type="checkbox"/> 2 - Ausländer <input type="checkbox"/> 3 - Grundbesitz <input type="checkbox"/> 4 – Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> 6 – Mietschulden <input type="checkbox"/> _____				
<b>XIV. Diese Unterlagen haben Sie dem Antrag beigelegt</b>				

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>

Die Angaben im Antrag und den dazugehörigen Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen / Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin / ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. AsylbLG kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII / AsylbLG von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Unterschrift des Antragstellers/Datum

ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten

Falls vom  
Antragsteller nicht  
selbst oder nicht  
vollständig ausgefüllt

Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum

*Alle meine Antworten auf dem Antrag und in den Anlagen sind vollständig und wahr.*

*Ich werde das Sozialamt sofort informieren, wenn...*

*- sich meine persönlichen Verhältnisse ändern (wenn ich zum Beispiel umziehe oder heirate) oder wenn ich mehr oder weniger Geld verdiene*

*- wenn sich diese Verhältnisse bei Personen ändern, die mit mir in meiner Wohnung wohnen*

*- wenn ich einen Antrag auf Rente oder ähnliche Leistungen stelle*

*Ich weiß, dass das Sozialamt meine Antworten überprüfen kann. Es muss mich nicht danach fragen. Das Amt macht das, wenn es meint, dass ich bewusst falsche Angaben gemacht habe.*

*Wenn ich bewusst falsche Angaben gemacht habe oder ich große Fehler beim Stellen des Antrags gemacht habe, muss ich das Geld an das Sozialamt zurückzahlen.*

*Wenn ich noch Geld von woanders bekomme, kann es sein, dass ich dieses Geld in Zukunft ausschließlich vom Sozialamt bekomme. Ich kann dann von keiner anderen Stelle (zum Beispiel Rentenkasse, Krankenkasse) mehr Geld fordern.*

*In bestimmten Fällen kann das Sozialamt feststellen, dass ich Geld von einem anderen Amt oder einer anderen Person bekommen muss. Das Sozialamt kann dann diese Summe von mir zurückverlangen.*

*Bekomme ich gleichzeitig Geld von anderer Stelle (zum Beispiel Rentenkasse, Krankenkasse) und vom Sozialamt, muss ich das Geld an das Sozialamt zurückgeben.*

*Ich weiß, dass das Sozialamt die Beiträge für die freiwillige Krankenversicherung und die Pflegeversicherung direkt an die Versicherungen überweist.*

<i>Ihre Unterschrift und Datum</i>	<i>Wenn ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin bei Ihnen wohnt: seine/ihre Unterschrift</i>
<i>Wenn Sie den Antrag nicht alleine ausgefüllt haben</i>	<i>Name, Adresse, Dienststelle (wenn es sie gibt), Unterschrift Ihres Helfers/Datum</i>

**Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)**

**Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>**

## Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach AsylbLG

Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller / die Antragstellerin bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt.

Im folgenden werden Ihnen die Rechtsgrundlagen benannt, aufgrund derer die erforderlichen Daten erhoben wurden:

### Sozialgesetzbuch

Erstes Buch (SGB I)	Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I, S. 3015 / Gesetz- und Verordnungsblatt – GVBl. S. 1638), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)
Zehntes Buch (SGB X)	Neufassung durch Gesetz vom 18. Januar 2001 (BGBl. I, S. 130 ff.), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749)
Elftes Buch (SGB XI)	Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26. Mai 1994 (BGBl. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423).
Zwölftes Buch (SGB XII)	in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 01. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733)

### Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

in der Fassung vom 5. August 1997 (BGBl. I, S. 2022),  
zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 07. Mai 2013 (BGBl. I S. 1122)

### Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I, S. 1902),  
zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 2246)

### Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach § 28a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII – maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2014 (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2014 –RBSFV 2014)

vom 15. Oktober 2013 (BGBl. I, S. 3856)

### Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1975 (BGBl. I, S. 433)  
zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in  
das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S.3022)

### Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII (DVO § 82 SGB XII)

in der im BGBl. III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung,  
zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I, S. 818)

### Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I, S.438)  
zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S  
3022)



## **Merkblatt über die Sozialhilfe und die Leistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber**

*Das Sozialamt muss herausfinden, ob es Sie unterstützen muss. Dabei müssen Sie helfen. Wenn Sie Fragen nicht beantworten, kann es in bestimmten Fällen sein, dass Sie kein Geld bekommen. Im Gesetz steht, wann sie nicht mithelfen müssen (an der Stelle: §65 SGB I).*

*Es gibt bestimmte Gesetze, in denen steht, warum wir Sie nach Ihren Daten fragen dürfen. Hier ist eine Liste mit diesen Gesetzen:*

**\* Wir haben diese Liste nicht übersetzt. Wenn Sie etwas darüber erfahren wollen, fragen Sie bitte eine Person, die sehr gut Deutsch kann.**

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen (Berlin): [www.kub-berlin.org/formularprojekt/](http://www.kub-berlin.org/formularprojekt/)

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf [www.betterplace.org](http://www.betterplace.org), <http://bit.ly/2mfagom>