

Antrag auf Sozialhilfe: Antragsbogen A
Application for Sozialhilfe: Form A

Quelle / Source:

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

Sprachen: Deutsch / Englisch
Languages: German / English

veröffentlicht / published:
7.3.2016

***Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen und bei der Behörde abgeben!**

Beim selbständigen Ausfüllen kann es zu Fehlern kommen. Das kann unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich ziehen. Wir empfehlen daher, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Alle Übersetzungen sind nach bestem Wissen und Gewissen auf ehrenamtlicher Basis erstellt. Der KuB e. V. übernimmt keine Haftung.

**** Please note: This document is a completion aid. Please fill out the original form in German and submit it to the agency.***

If you fill it out yourself, you may make mistakes that have unintended consequences. We therefore recommend that you seek the assistance of an information center.

All translations are done by volunteers to the best of their knowledge. KuB e. V. does not incur liability in any case.

| | | | | | |
|--|-----------------------|--|---|---|--------------------------------------|
| Bezirksamt Geschäftsbereich Sozialwesen 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. | | | |
| Antrag auf <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 | | | | | |
| I. Antragsteller/in (Personenziffer 1) | | Ehegatte/Lebenspartner/in (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 | |
| Familienstand <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 | | | |
| Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch → ↓ | | bitte Anlage 2 ausfüllen | | bitte Anlage 2 ausfüllen | |
| Personal-dokument bitte vorlegen | | ausgestellt von (Dienststelle) | | gültig bis | |
| <input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓ | | bis | | von (Dienststelle) | |
| <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 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C - | | ausgestellt am | | ausgestellt von (Dienststelle) | |
| Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen) | | 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 | |

| | | |
|-------------------|--|--|
| Bezirksamt | <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> | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> District authority Department Social Welfare <input type="checkbox"/> Regional Office for Health and Social Affairs Berlin | | In order for us to process your application you must answer all questions. The legal basis for the collection of data can be found on the sheet attached. | |
| Application for | | <input type="checkbox"/> Social Welfare in accordance with Chapter 12 of the Social Security Code (SGB XII) <input type="checkbox"/> Benefits in accordance with the Asylum Seekers Benefits Act (AsylbLG) | Please tick as appropriate and fill out If the space provided is not sufficient, please enter your information <ul style="list-style-type: none"> • in Section XI of the application or • on a separate sheet |
| Type of assistance <input type="checkbox"/> within an institution <input type="checkbox"/> outside an institution | | | |

| | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|--|--|---|---|---------------------------|
| I. Main Applicant | | | | Spouse/Partner (Secondary Applicant) | | | |
| Surname (with maiden name if applicable), first name | | | | <input type="checkbox"/> not in a shared household → | | no further information on this page; fill out only Annex 1 Part A | |
| Date of birth | Birthplace/region/country | | <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female | | <input type="checkbox"/> in a shared household ↓ | | |
| <input type="checkbox"/> minor → | | Please fill out Annex 1 Part B | | Surname (with maiden name if applicable), first name | | | |
| Family status <input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> marriage-like partnership <input type="checkbox"/> civil partnership | | <input type="checkbox"/> married <input type="checkbox"/> permanently separated <input type="checkbox"/> divorced <input type="checkbox"/> widowed | | Since → please fill out Annex 1 Part A | | Date of birth | Birthplace/region/country |
| Nationality <input type="checkbox"/> German ↓ | | <input type="checkbox"/> → please fill out Annex 2 | | Nationality <input type="checkbox"/> German ↓ | | <input type="checkbox"/> → please fill out Annex 2 | |
| Please provide document of identification | | issued by (agency) | | from – until | | Please provide document of identification | |
| <input type="checkbox"/> no benefits previously received <input type="checkbox"/> benefits previously received ↓ | | <input type="checkbox"/> no benefits previously received <input type="checkbox"/> benefits previously received ↓ | | until | | Place of issue | |
| <input type="checkbox"/> I am receiving support from a legal representative in accordance with the Betreuungsgesetz (in the case that you are of full age) <input type="checkbox"/> I am receiving support from a legal representative (in the case that you are a minor) | | → please supply documentation | | <input type="checkbox"/> I am receiving support from a legal representative in accordance with the Betreuungsgesetz (in the case that you are of full age) <input type="checkbox"/> I am receiving support from a legal representative (in the case that you are a minor) | | → please supply | |
| <input type="checkbox"/> Expellee (Emigrant) - Pass A - <input type="checkbox"/> Displaced Person (Emigrant) - Pass B - <input type="checkbox"/> Ethnic German Repatriate - Certification (in accordance with Paragraph 15 Sub-section 1 of the BVFG (German Law for Displaced Persons and Refugees)) and Certificate of Registration from the German Federal Office of Administration <input type="checkbox"/> Spouse or offspring of an Ethnic German Repatriate - Certification (in accordance with Paragraph 15 Sub-section 2 of the BVFG (German Law for Displaced Persons and Refugees)) and Certificate of Registration from the German Federal Office of Administration <input type="checkbox"/> Soviet zone refugee - identity document C - | | issued on issued by (agency) | | <input type="checkbox"/> Expellee (Emigrant) - Pass A - <input type="checkbox"/> Displaced Person (Emigrant) - Pass B - <input type="checkbox"/> Ethnic German Repatriate - Certification (in accordance with Paragraph 15 Sub-section 1 of the BVFG (German Law for Displaced Persons and Refugees)) and Certificate of Registration from the German Federal Office of Administration <input type="checkbox"/> Spouse or offspring of an Ethnic German Repatriate - Certification (in accordance with Paragraph 15 Sub-section 2 of the BVFG (German Law for Displaced Persons and Refugees)) and Certificate of Registration from the German Federal Office of Administration <input type="checkbox"/> Soviet zone refugee - identity document C - | | issued on (agency) | |
| Severely Handicapped Pass (attach copy of pass) | | from – until | | Type of pass (level of incapacity) | | from – until | |
| | | Application submitted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | Application submitted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

| | |
|---|---|
| <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> |
|---|---|

| | | |
|---|--|---|
| II. | Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit | |
| | 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 – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich 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.

| | | | |
|---|----------------------------|---|----------------------------|
| Social insurance <input type="checkbox"/> none (justification on Page 4 -XI-) | Health insurance provider | Social insurance <input type="checkbox"/> none (justification on Page 4 -XI-) | Health insurance provider |
| <input type="checkbox"/> Pension insurance <input type="checkbox"/> Nursing care insurance | Pension insurance provider | <input type="checkbox"/> Pension insurance <input type="checkbox"/> Nursing care insurance | Pension insurance provider |
| | Pension insurance number | | Pension insurance number |
| Health insurance: <input type="checkbox"/> Compulsory insurance <input type="checkbox"/> Voluntary insurance <input type="checkbox"/> Family insurance * <input type="checkbox"/> Private insurance <input type="checkbox"/> Support from Health Insurance Company in accordance with § 264 in SGB V (Volume 5 of the German Code of Social Law) | | Health insurance: <input type="checkbox"/> Compulsory insurance <input type="checkbox"/> Voluntary insurance <input type="checkbox"/> Family insurance * <input type="checkbox"/> Private insurance <input type="checkbox"/> Support from Health Insurance Company in accordance with § 264 in SGB V (Volume 5 of the German Code of Social Law) | |

II. Extent of earning capacity or loss thereof

| | Applicant 1 | Applicant 2 |
|---|---|--|
| Are you currently employed? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Type of work: Employer: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Type of work: Employer: |
| Earning capacity | Can you – according to your own estimation – perform at least three hours per day work on the general labor market? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No because | Can he/she – according to your estimation – perform at least three hours per day work on the general labor market? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No because |
| Do you have a credited loss of earning capability in accordance with Paragraph 43 Sub-section 2 of the SGB VI (Volume 6 of the German Code of Social Law) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes for unlimited time <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No For what period? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes for unlimited time <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No For what period? |
| Are you in need of individual care as defined by the SGB XI Pflegeversicherungsgesetz (Long-Term Care Insurance Act, Volume 11 of the German Code of Social Law)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Level: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Level: |
| Trainee/student – including those attending school | <input type="checkbox"/> No , <input type="checkbox"/> Yes, in apprenticeship/university studies for ... | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, in apprenticeship/university studies for ... |
| Name and address of current employer or school information | | |
| Placement in a residential institution | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes from ... to ... If yes: Please provide appropriate documentation. | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes from ... to ... If yes: Please provide appropriate documentation. |

*** Important notice:** If you or your partner **have not reached the age of 24**, you or your partner can be **covered as a family member**. If you or your partner live **separated** from your spouse/registered civil partner, it must be checked whether you can still be **covered as a family member**.

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| 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) | | | | |
| - Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde | | | | |
| Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | |
| III. Bankverbindung | | | | |
| Geldinstitut | Bankleitzahl | Kontonummer | Kontoinhaber/in | |
| | | | | |
| IBAN | | BIC | | |
| | | | | |
| IV. Aufenthalt | | | | |
| Anschrift | | Lage der Wohnung/Etage | Telefonnummer (freiwillige Angabe) | |
| | | | | |
| in Berlin seit | im Bezirk seit | zuletzt wohnhaft | | |
| | | | | |
| V. Unterkunft | | | | |
| V.1 | <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 | Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2 |
| | Miete insgesamt (EUR/mtl.) | Warmwasserkosten (EUR/mtl.) | Miete bezahlt bis | Mietrückstände (von/bis/EUR) → |
| | | | Bitte Nachweis beifügen | Gekündigt zum → |
| | Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.) | Kabelfernsehen (EUR/mtl.) | | Bitte Anlage 6 ausfüllen |
| | | | | → |
| V.2 | Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad | Gesamtwohnfläche (m ²) | <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: | | | | |
| Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? | Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung | Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung | | |
| | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| Have you applied for benefits in accordance with Social Security Code II (SGB II)? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Submit documentation or notice of granting or refusal | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Submit documentation or notice of granting or refusal |
|--|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| Employment office customer number (if you have one) | | |
|---|--|--|

- Not to be completed by the applicant/agency annotation

| | | |
|---|---|---|
| Possible reasons for exclusion from welfare allowance | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
|---|---|---|

III. Bank details

| | | | |
|-----------------------|-------------------|----------------|----------------|
| Financial institution | Bank routing code | Account number | Account holder |
|-----------------------|-------------------|----------------|----------------|

| | |
|------|-----|
| IBAN | BIC |
|------|-----|

IV. Residence

| | | |
|---------|-------|------------------------------------|
| Address | Floor | Telephone number (voluntary entry) |
|---------|-------|------------------------------------|

| | | |
|-----------------|-------------------|-------------------------|
| in Berlin since | in district since | last place of residence |
|-----------------|-------------------|-------------------------|

V. Type of accommodation

| | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apartment → <input type="checkbox"/> Main tenant → <input type="checkbox"/> Subtenant → | Name and address of landlord | <input type="checkbox"/> privately owned home → <input type="checkbox"/> privately owned flat → <input type="checkbox"/> related <input type="checkbox"/> Shared house | Please fill out Annex 3, then continue at V.2 |
| | Name of main tenant | | |

| | | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Total rent (EUR/month) | Warm water costs (EUR/month) | Rent paid until | Rent past due (from/until/EUR) → | Please fill out Annex 6 |
| (EUR/month) | Cable television (EUR/month) | Please enclose documentation | cancelled as of → | |

V.2

| | | | |
|--|------------------------|--|-----------------------------|
| Size of the accommodation of the applicant Number of rooms, not counting kitchen/bathroom | Total floor space (m2) | <input type="checkbox"/> Receiving housing benefits → <input type="checkbox"/> Not receiving housing benefits | Please enclose notification |
|--|------------------------|--|-----------------------------|

| | | | |
|------------------------------|---|--|---|
| Heating method/water heating | <input type="checkbox"/> Central heating <input type="checkbox"/> Central hot water supply | <input type="checkbox"/> Stove heating <input type="checkbox"/> Gas heating | <input type="checkbox"/> Off-peak storage-heating |
|------------------------------|---|--|---|

| | | | | |
|--|---------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Living space is sublet → <input type="checkbox"/> Living space can be sublet <input type="checkbox"/> Living space cannot be sublet → | Number of empty rooms let | Rent (EUR/month) | Number of furnished rooms let | Rent (EUR/month) |
| | Reason | | | |
| | | | | |

| | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> I/We have right of abode through: | Last name: |
|--|------------|

| | | |
|---|--|--|
| If you live in a residential institution (e.g. a home, assisted/sheltered living, hospital): Where have you lived before (main residence)? | Address of the flat before accommodation in the institution | Address of the flat before accommodation in the institution |
|---|--|--|

| | | | |
|---|---|---|---|
| VI. | Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen | | |
| Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Personen bitte Zusatzblatt 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 – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ | Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich 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) | | | |
| - Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde | | | |
| 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 |

VI.

Personal relationship to the main applicant of other people living in the same household

Do other individuals live in the joint household?

 Yes No**If yes, list the other individuals in order of birth date.**If there are four or more, please use an **additional sheet**.

| | Applicant 3 | Applicant 4 | Applicant 5 |
|---|--|--|--|
| Name (and maiden name if applicable) | | | |
| First name | | | |
| Family relationship to applicant/partner | | | |
| Sex | <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> male | <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> male | <input type="checkbox"/> female <input type="checkbox"/> male |
| Date of birth Place of birth | | | |
| Family status | <input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> since | <input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> since | <input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> since |
| Nationality | <input type="checkbox"/> German <input type="checkbox"/> other (If a work permit has already been issued, please enclose it.) | <input type="checkbox"/> German <input type="checkbox"/> other (If a work permit has already been issued, please enclose it.) | <input type="checkbox"/> German <input type="checkbox"/> other (If a work permit has already been issued, please enclose it.) |
| Employment office customer number (if you have one) | | | |
| Fitness for work (only necessary for individuals who have reached the age of 15) | Can he/she – according to your estimation – perform at least three hours per day work on the general labor market? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No because | Can he/she – according to your estimation – perform at least three hours per day work on the general labor market? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No because | Can he/she – according to your estimation – perform at least three hours per day work on the general labor market? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No because |
| Have the individuals listed above applied for benefits in accordance with Social Security Code II (SGB II)? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Submit documentation or notice of granting or refusal | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Submit documentation or notice of granting or refusal | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Submit documentation or notice of granting or refusal |
| Employment office customer number (if you have one) | | | |
| - Not to be completed by the applicant/agency annotation | | | |
| Possible reasons for exclusion from welfare allowance | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |

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

| VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen | | | 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) | | | | | | |

VII. Dependants requiring support living outside the household (children, parents)

| Surname (with maiden name if applicable), first name | Birthdate or age | Family status | Family relationship to applicant | work performed: | Address | Type and amount of alimony |
|--|------------------|---------------|----------------------------------|-----------------|---------|----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VIII. Income of all persons in the household Amounts (EUR) and frequency of payments (monthly/weekly/daily). Please enclose evidence.

| Designation | Awarding authority | company reference number, pension reference etc | Applicant 1 | Applicant 2 | Applicant 3 | Applicant 4 |
|--|--------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Income from employment <small>(Job income, education maintenance, remuneration from sheltered workshop)</small> | | | | | | |
| Benefits from health insurance <small>(including employer contribution)</small> | | | | | | |
| Commercial operation | | | | | | |
| Agriculture and forestry | | | | | | |
| Other self-employed activities | | | | | | |
| Rent and lease from property | | | | | | |
| Housing Benefits | | | | | | |
| Annuities/Pension <small>(e.g. Annuities due to reduction in earning capacity, old age pension, accident annuity, agricultural pension, widow's/orphan's pension, child benefits, child allowance, care allowance on top of pension, company pensions, any other forms of annuities or pension)</small> | | | | | | |

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 (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | | | | | | |
| Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe, Arbeitsför- derungsgeld u. a.) | | | | | | |
| Kindergeld | | | | | | |
| Kindergeld- zuschlag | | | | | | |
| Elterngeld | | | | | | |
| Ausbildungs- förderung | | | | | | |
| Unterhalt | | | | | | |
| Unterhaltsvor- schuss | | | | | | |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen- geld, Leibrente, Pflegegeld) | | | | | | |
| Steuerer- stattung | | | | | | |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen) | | | | | | |
| Sonstige Einkünfte (z.B. Schadensersatz- ansprüche) | | | | | | |
| Kein Einkommen | | | | | | |

| Designation | Awarding authority | company reference number, pension reference etc | Applicant 1 | Applicant 2 | Applicant 3 | Applicant 4 |
|--|--------------------|---|---|-------------|-------------|-------------|
| | | | Amounts (EUR) and frequency of payments (monthly/weekly/daily). Please enclose evidence. | | | |
| Social Welfare Benefits | | | | | | |
| Basic Social Benefits | | | | | | |
| Asylum seekers benefits | | | | | | |
| Benefits in accordance with the Bundesversorgungsgesetz | | | | | | |
| Benefits from the Lastenausgleichsamtes (e. g. maintenance assistance, care allowance, compensation pension) | | | | | | |
| Benefits from the employment office (e.g. unemployment, integration support, vocational training assistance, active employment promotion, or similar) | | | | | | |
| Child allowance | | | | | | |
| Child allowance supplement | | | | | | |
| Parental allowance | | | | | | |
| Educational support | | | | | | |
| Maintenance | | | | | | |
| Maintenance advance | | | | | | |
| Private-law cash value claims (e.g. Boarding, right of abode, spending allowance, life annuity, care allowance) | | | | | | |
| Tax refund | | | | | | |
| Return on capital employed (such as interest) | | | | | | |
| Other income (such as damage claims) | | | | | | |
| No income | | | | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| IX. | Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge | | | | |
| <input type="checkbox"/> Keine absetzbaren Beträge | 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

Have benefits in accordance with No. VIII been applied for but not yet decided upon?

No Yes



| Applicant Number | Application date | Type of benefits | Sub-office |
|------------------|------------------|------------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Are one-time payments expected, such as tax refunds?

No Yes



| Applicant Number | Type of benefits | Time | EUR |
|------------------|------------------|------|-----|
| | | | |
| | | | |

IX. Income deductible amounts

| <input type="checkbox"/> No deductible amounts | Applicant 1 | Applicant 2 | Applicant 3 | Applicant 4 | Applicant 5 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Monthly expenses Amount | | | | | |
| Income tax* | | | | | |
| Health insurance* | | | | | |
| Nursing care insurance* | | | | | |
| Unemployment insurance* | | | | | |
| Pension insurance* | | | | | |
| Church tax* | | | | | |
| Accident insurance* | | | | | |
| Retirement Allowance Contributions | | | | | |
| Householders' comprehensive insurance | | | | | |
| Burial insurance | | | | | |
| Life insurance | | | | | |
| Third-party liability insurance | | | | | |
| Expenditure for Work Equipment | | | | | |
| Dues for professional associations | | | | | |
| Additional Expenditure for Double Budget Management | | | | | |

* Information not required if the contributions are already offset by employer or pension provider.

| | 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 Bitte Anlage 3 ausfüllen <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"/> |

| | <i>Applicant 1</i> | <i>Applicant 2</i> | <i>Applicant 3</i> | <i>Applicant 4</i> | <i>Applicant 5</i> |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <i>Distance between residence and place of employment and travel costs to place of employment</i> | <i>km</i> | <i>km</i> | <i>km</i> | <i>km</i> | <i>km</i> |
| <i>Public transportation</i> | | | | | |
| <i>Personal Car</i> | | | | | |
| <i>Micro-Compact Vehicle (up to 500ccm)</i> | | | | | |
| <i>Motorcycle</i> | | | | | |
| <i>Moped</i> | | | | | |
| <i>Other</i> | | | | | |
| <i>Further description of "Other"</i> | | | | | |

X. Financial Circumstances (if necessary use separate sheet)

| <i>Please tick as appropriate and fill out</i> | | <i>Applicant 1</i> | <i>Applicant 2</i> | <i>Applicant 3</i> | <i>Applicant 4</i> |
|--|---|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <i>Savings Balance/ Cash</i> | <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <i>Securities</i> | <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <i>Possessions of particular value</i> | <input type="checkbox"/> Yes → <i>Type</i> <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <i>Other Assets (Outstanding debits and other)</i> | <input type="checkbox"/> Yes → <i>Type</i> <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <i>Donations made within the last 10 years (including Property assets)</i> | <input type="checkbox"/> Yes → <i>Type</i> <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <i>Vehicle</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <i>License plate no.</i> | | | |
| <i>Make</i> | <i>Year</i> | <i>Birthdate or age</i> | | | |
| <i>Home ownership or estate holdings</i> Please fill out Annex 3 | <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <i>State subsidised pension</i> | <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> No | | | | |

| 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 | | | | |

| | |
|------------|---|
| XI. | Sonstige Angaben , z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse |
| | |

| | |
|--|--|
| XII. | Leistungen für besondere Mehrbedarfe |
| 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: _____ |

| | |
|--|---|
| XIII. | Bestandteile des Antrages sind die Anlagen |
| <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"/> _____ | |

| | |
|-------------|--|
| XIV. | Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt |
| | |

| Please tick as appropriate and fill out | | Applicant 1 | Applicant 2 | Applicant 3 | Applicant 4 |
|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Do you have any rights to | <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Assets | <input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> No | | | | |

XI. Other information e.g. about personal, familial, health circumstances

XII. Benefits for increased demands

Under certain circumstances benefits for increased requirements can be provided, where the benefits aren't covered by standard benefit provisions and are not taken into account above. This applies to all individuals within the household.

I hereby wish to make a claim for the following increase in requirements

For pregnant women after the 12th week of pregnancy

Last name: _____ First name: _____

→ Submission of maternity card necessary

Expected delivery date _____

Severely disabled people, over the age of 15 and who receive benefits as part of a programme for participation in working life

Last name: _____ First name: _____

→ Submission of official notification of approval

For medical reasons, I require an expensive diet.

Last name: _____ First name: _____

→ A form (available from the Sozialamt) is to be filled out by a doctor

Last name: _____ First name: _____

XIII. Attachments are an integral part of this application

1 - Maintenance 2 - Foreigner 3 - Real Estate 4 - Integration Assistance 6 - Rental arrears

XIV. The following documents are enclosed with the application

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

The information in this application and its enclosures are complete and correct.

I will inform the responsible institution (Land Berlin, represented by the local district offices within Berlin, Welfare Office / Office for Youth and Sport or rather the) without delay, if:

- my personal and financial situation changes.*
- the situation of the members of my household changes.*
- I apply for pension or similar benefits.*

I have been informed that in the case of suspected fraud an investigation into the circumstances of the case can be carried out by the administrative office - without my participation - in accordance with Chapter 20, 21, 69 and 71 of Sozialgesetzbuch X.

I can be required to pay back benefits that I have received improperly, such as by intentionally or through gross negligence supplying incorrect information.

According to SGB XII or AsylbLG the institution providing the benefits is entitled to claim obligations I have towards others to the amount of the benefits it would otherwise provide me with during the time in which I receive benefits.

The welfare agency reserves the right to apply reimbursement of obligations if applicable according to §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG. In this case, I have to refund the paid benefits to the agency. This also applies if the reimbursement claim of the welfare agency towards other agencies with more urgent claims (e.g. pension providers, health insurance) cannot be satisfied for reasons of procedure and if I got benefits from both agencies for the same time period. In these cases I will have to refund the provided benefits according to SGB XII/AsylbLG.

I have been informed that payments from my optional Health/Nursing insurance will be transferred directly to the Health Insurance company.

Applicant signature/date

if applicable, signature of non-separated spouse

If the applicant has not completely filled out this form himself,

Name, Address, if applicable Government Department and signature of the registrar

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)

Instruction pamphlet for Application for Social Welfare in Accordance with Sozialgesetzbuch XII or rather Benefits in Accordance with AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz, Asylum Seekers Benefits Law)

In accordance with Chapter 60 of the Sozialgesetzbuch, the applicant must cooperate with any clarification of the facts of the case and with the determining of prerequisites for Social Welfare. Failure to answer questions can in some cases mean that applied for benefits can not be validated. The limits of cooperation are outlined in Chapter 65 of Sozialgesetzbuch I.

Below you will find the legal foundation for the collection of the required information:

**** We did not translate the following passages. If you wish to gather information about the legal basis, please seek assistance from someone who is sufficiently fluent in German.***