

# Antrag auf Gewährung von existenzsichernden Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) in besonderen Wohnformen

(Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt)

Landeshauptstadt Wiesbaden  
Der Magistrat  
Amt für Grundsicherung und  
Flüchtlinge  
Hilfen in besonderen Wohnformen  
Kreuzberger Ring 7a  
65205 Wiesbaden

Az.: 500110

Eingang:  
(wird von der Sachbearbeitung ausgefüllt)

## Antragstellende Person

Familienname	Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Anschrift:		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft  <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden, seit <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft		
Bitte Nachweise beilegen (z.B. Heiratsurkunde, Scheidungsurteil etc.)		
Staatsangehörigkeit bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status	Sind Sie Bürger(in) eines EU-Staates  Datum der Einreise:	Hat eine Person sich nach § 68 Ausländergesetz verpflichtet, Ihren Lebensunterhalt zu tragen? (ggfs. Name und Anschrift)
Betreuer/Bevollmächtigter		
(Kopie der Bestellungsurkunde/ Vollmacht beifügen)		

**Angaben zur Feststellung der örtlichen Zuständigkeit**  
(Angaben unbedingt erforderlich!)

Wo haben Sie vor Aufnahme in die besondere Wohnform **in Wiesbaden** gelebt:  
Anschrift:

Haben Sie dort bereits Sozialleistungen bezogen?

nein  ja, von wem? Bis wann?

**Angaben zur Prüfung von Unterhaltsansprüchen**

(bitte machen Sie Angaben zu Ihren Eltern, Ihren leiblichen Kindern und Adoptivkindern, geschiedene (r) Ehegattin/Ehegatte oder getrennt lebende(r) Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner)

Verwandschafts- verhältnis	Name, Vorname	Geburts- datum	Anschrift	Beruf des Angehörigen

(weitere Angaben bitte auf gesonderten Blatt)

<p><b>Bestehen Unterhaltsansprüche gegen Kinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Nein</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ja, gegenüber Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ja, gegenüber Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b></p> <p>Bitte Nachweise beilegen</p>
--	--

**Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EURO jährlich)?**

nein  ja

**Mehrbedarf**

Schwerbehindertenausweis? (ggfs. Kopie des Ausweises beifügen)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> beantragt am
Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (ggfs. Schwangerschaftswoche nachweisen)
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (ggfs ärztliche Bescheinigung beifügen)
Besuchen Sie eine Werkstatt für behinderte Menschen oder eine Tagesförderstätte innerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (
falls ja: Name und Anschrift der Werkstatt:
Nehmen Sie dort an der Mittagsverpflegung teil?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an <input type="checkbox"/> Tagen pro Woche

**Angaben zur besonderen Wohnform**

- siehe Mietbescheinigung (wenn Mietbescheinigung des Leistungserbringers vollständig ausgefüllt, weiter mit Kranken- und Pflegeversicherung)

Leistungserbringer
Tatsächliche Aufwendung für die Warmmiete:
Vertraglich gesondert ausgewiesene Kosten sind vereinbart für:
<input type="checkbox"/> Möblierungszuschläge
<input type="checkbox"/> Wohn- und Wohnnebenkosten
<input type="checkbox"/> Haushaltsstrom. Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten zur gemeinschaftlichen Nutzung sowie der Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten
<input type="checkbox"/> Gebühren für Telekommunikation sowie Gebühren für den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen, Internet
<input type="checkbox"/> darüber hinausgehende Kosten
Wohn- und Betreuungsvertrag
<input type="checkbox"/> liegt bereits vor (Kopie beifügen)
<input type="checkbox"/> wird nachgereicht, sobald er vorliegt

**Kranken- Pflegeversicherung**

es besteht kein Krankenversicherungsschutz

Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs- /Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über  <hr/> Name, Versicherungs-/Mitgliedsnummer:
Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang belegen	

**Angaben zur Erwerbsfähigkeit**

Gab es eine Feststellung Ihrer Erwerbsfähigkeit  
(z.B. durch den Rententräger, Gesundheitsamt oder einen Arbeitsmediziner)?

nein  ja

Falls ja: von wem? Bitte Stellungnahme beifügen

**Vorrangige Ansprüche gem. §93 SGB XII, §§ 115 und 116 SGB X**

Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt?				
Art der Leistung	Nein	Ja	Antragsdatum	Wo wurde der Antrag gestellt? Aktenzeichen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Leistungen/ Ansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Einkommen**

Nachweise über jegliches Einkommen der letzten 12 Monate sind beizufügen!

 Kein Einkommen

<b><u>Einkommen</u></b>	<b><u>Mtl. Betrag</u></b>
Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt in der WfbM)	
Leistungen der Pflegeversicherung (z.B. Pflegegeld) Aktenzeichen:	
Leistungen der Krankenversicherung (auch einmalige Zahlungen)	
Wohngeld/Lastenzuschuss	
Ausländische Einkünfte	
SGB II / Job Center	
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag)	
Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Privatrechtlich geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Taschengeld, Leibrente)	
Kapitalerträge	
Vermietung und Verpachtung	
Renten Mit Aktenzeichen und Art der Rente	
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	
Leistungen der Arbeitsförderung	
Unterhalt	
Steuererstattung	
Guthaben aus Abrechnungen	
Sonstige Einkünfte:	

**Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge**

Bitte Nachweise beilegen

 Keine absetzbare Beträge

<b><u>Ausgaben</u></b>	<b><u>Mtl. Betrag</u></b>	<b><u>Ausgaben</u></b>	<b><u>Mtl. Betrag</u></b>
Steuern auf das Einkommen		Sozialversicherungsbeiträge	
Haftpflichtversicherung		Hausratversicherung	
Unfallversicherung		Altersvorsorgebeiträge	
Sterbeversicherung		Aufwendungen für Arbeitsmittel	
Beiträge für Berufsverbände o.ä.		Sonstige Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten zur Arbeit)	
Weitere absetzbare Beträge			

**Bargeld, Guthaben und sonstiges Vermögen**

Bitte Nachweise beifügen!

<b>Art des Vermögens</b>	<b>Belegter Vermögenswert</b>	<b>Geschätzter Vermögenswert</b>
Wertpapiere / Aktien		
Forderungen		
Lebensversicherung (aktueller Rückkaufswert inkl. Überschussanteil nachweisen)		
Hauseigentum		
Sonstiger Grundbesitz		
Kraftfahrzeuge		
Staatlich geförderte private Altersvorsorge		
Ansprüche aus Übertragungsverträgen		
Sonstige Forderungen oder Ansprüche an Dritte		
Sonstiges Vermögen		
Bank-/Sparguthaben IBAN/BIC		
IBAN/BIC		
IBAN/BIC		
<b>Weitere Konten sind auf einem extra Blatt anzugeben</b>		

**Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge?)**

nein  ja

**Bitte entsprechende Nachweise beifügen**

**Zahlungen**

Evtl. zu gewährende Leistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

**IBAN**

**BIC:**

Mir zustehende Gelder werden auf Konten eines Dritten überwiesen  ja  nein  
Falls ja, Name und Anschrift des Kontoinhabers angeben.

**Kontoinhaber:**

Ich bin berechtigt, über Konten anderer Personen zu verfügen  ja  nein

**Erklärung zur Direktzahlung**

Erklärungen zur Direktzahlungen von Teilen der Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes sind diesem Antrag beigefügt

ja  nein

## Hinweise und Schlusserklärungen

### 1. **Versicherung der Richtigkeit der Angaben**

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich in im Haushalt aufhalten, wurden- unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung - aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

### 2. **Mitwirkungspflichten**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich dem Träger der Sozialleistungen anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.

### 3. **Hinweis zum Datenschutz**

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

### 4. **Geltendmachung von Ansprüchen**

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

### 5. **Unterschriften**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person und/oder Betreuer oder Bevollmächtigter
------------	---