

<b>Grundantrag</b> auf Leistungen nach dem <input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> SGB VIII <input type="checkbox"/> AsylbLG <input type="checkbox"/> BVG	Ort	Eingangsstempel, Handzeichen
	Datum	

Es werden folgende Leistungen beantragt:

Begründung auf  
gesondertem Beiblatt

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Hilfen zur Gesundheit
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
- Hilfe zur Pflege *außerhalb* von Einrichtungen
- Hilfe zur Pflege *in* Einrichtungen
- Hilfe zur Überwindung bes. sozialer Schwierigkeiten
- Hilfe in anderen Lebenslagen

---

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Person Nummer:           

<b>01</b>			
Pers	Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
Geburtsort	Familienstand	seit	Nr. des Personalausweises
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	Telefon

Gehören weitere Personen zum Haushalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Familienstammbuch hat vorgelegen			
<input type="checkbox"/> Ehegatte/-in <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/-in <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in			
<b>02</b>			
Pers	Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
Geburtsort	Familienstand	seit	Datum früherer Eheschließungen

<input type="checkbox"/> minderjährige, unverheiratete Kinder <input type="checkbox"/> nein				Kindschaftsverhältnis zu Person			
Pers	Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort				
<b>03</b>				01		02	
<b>04</b>				01		02	
<b>05</b>				01		02	
<b>06</b>				01		02	
<b>07</b>				01		02	
<b>08</b>				01		02	

<input type="checkbox"/> sonstige Personen im Haushalt					<input type="checkbox"/> nein			Stellung zu Person	
Pers	Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	seit					
09					01		02		
10					01		02		
11					01		02		
12					01		02		
13					01		02		
14					01		02		
15					01		02		
16					01		02		
17					01		02		

Ist für eine der im Haushalt lebenden Personen ein Betreuer bestellt?							<input type="checkbox"/> nein		
	Pers				Pers				
Name, Vorname des Betreuers:									
Anschrift:									
Wirkungskreis des Betreuers:									
Vormundschaftsgericht und Geschäftszeichen:									

Pers	Ist eine Person leistungsberechtigt nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?					<input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigter		<input type="checkbox"/> Kriegereltern						
	<input type="checkbox"/> Kriegerwitwe		<input type="checkbox"/> Sonderfürsorgeberechtigter						
	<input type="checkbox"/> Kriegerwaise								
<i>Bei Leistungen der Kriegsofopferfürsorge (z.B. Erziehungsbeihilfe, Kfz-Beihilfe) Beiblatt ausfüllen</i>									

Pers	Werden Versorgungsleistungen aufgrund anderer gesetzlicher Grundlagen gewährt?					<input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG)		<input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)						
	<input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)		<input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG)						
	<input type="checkbox"/> SED-Unrechtsbereinigungsgesetz (SED-UnrBerG)		<input type="checkbox"/> Gesetz über den Zivildienst der Kriegsverweigerer (ZDG)						
	<input type="checkbox"/> weitere Anspruchsgrundlage:								

Liegt eine ausländische Staatsangehörigkeit vor?					<input type="checkbox"/> nein	
		asylbegehrender Ausländer	Bescheinigung über Aussetzung der Abschiebung (Duldung)		Asylberechtigter	
Pers	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsgestattung bis	Duldung bis		Anerkennung am	
	Niederlassungs- erlaubnis	Aufenthalts- erlaubnis	Visum		Erwerbstätigkeit	
Pers		Beschränkung?	Beschränkung?		erlaubt	nicht erlaubt
<b>Angaben zum Beruf oder sonstigen Tätigkeiten</b>						
Pers	erlernter Beruf		derzeit ausgeübte Tätigkeit	letzter Arbeitgeber	Arbeitsverhältnis endet(e) am	
<b>Angaben zur Erwerbsfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit</b>						
	Person	Person	Person	Person		
LB unter 15					<b>Vollendung 15. Lj. Ansprüche SGB II beachten!</b>	
LB über 65 Jahre						
Bezug von Altersrente						
eingeschränkte Erwerbsfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit festgestellt					durch:	am:
Erwerbsfähig unter 3 Std. täglich						
Erwerbsunfähig auf Zeit						
Erwerbsunfähig auf Dauer						
Stationärer Aufenthalt im Sinne 7 Abs. 4 SGB II					Einrichtung	von bis
Aufenthalt länger als 6 Monate						

Sind der oder die Hilfesuchende(n) im Besitz eines Schwerbehindertenausweises?				<input type="checkbox"/> nein
Pers	ausstellende Behörde	Datum	Merkzeichen	Geltungsdauer

Besondere Bedarfstatbestände (z.B. Alter, Erwerbsminderung, Krankheit, Behinderung, Blindheit, Pflegebedürftigkeit etc.):

**Erklärung der antragstellenden Person:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben sowie die Angaben in den Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind – insbesondere in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Kuren, Wohnungswechsel usw. – unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache (Betrug) und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zu erstatten sind.

Pers	
------	--

Pers	
------	--

Pers	
------	--

Pers	
------	--

Pers	
------	--

Vertreter, Bevollmächtigter, Betreuer
---------------------------------------

Pers	
------	--

*Bevollmächtigung muss vorliegen!*

Pers	
------	--

Aufgenommen durch:
--------------------