

Datum der ersten Vorsprache

Antrag auf Bewilligung von Leistungen

- nach dem SGB XII
 nach dem AsylbLG

1. Persönliche Angaben der Haushaltsgemeinschaft

(Es sind auch die Personen anzugeben, die selbst keine Leistungen beantragen wollen.)

	1. Person	2. Person
Stellung zur 1. Person		
Familienname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsname		
geschiedene/r		
Geburtsort		
Familienstand		seit
Staatsangehörigkeit		
Bankverbindung		
Kontonummer / IBAN		
BLZ / BIC		
Telefonnummer		
bei Ausländern Status		
a) Visum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) Freizügigkeitsbescheinigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
gültig bis		
Schulbildung	<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> sonstige
abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beruf		
derzeitige Tätigkeit		

	3. Person		4. Person	
Stellung zur 1. Person				
Familienname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsname				
geschiedene/r				
Geburtsort				
Familienstand		seit		seit
Staatsangehörigkeit				
bei Ausländern Status				
a) Visum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b) Duldung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c) Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
d) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
e) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
f) Freizügigkeitsbescheinigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
gültig bis				
Schulbildung	<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> sonstige		<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> sonstige	
abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beruf				
derzeitige Tätigkeit				

	5. Person		6. Person	
Stellung zur 1. Person				
Familienname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsname				
geschiedene/r				
Geburtsort				
Familienstand		seit		seit
Staatsangehörigkeit				
bei Ausländern Status				
a) Visum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
b) Duldung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
c) Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
d) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
e) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
f) Freizügigkeitsbescheinigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
gültig bis				
Schulbildung	<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> sonstige		<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> sonstige	
abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beruf				
derzeitige Tätigkeit				

Ich bin nicht erwerbstätig	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege von Familienangehörigen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
aus Altersgründen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
aus sonstigen Gründen (Bitte erläutern!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erwerbsunfähigkeit	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Sind Sie erwerbsunfähig? (Bitte Nachweise vorlegen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besondere soziale Situation bei der Hilfestellung	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behindertenausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung _____	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung _____	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung _____	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung _____	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung _____	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung _____
zuerkannte Merkmale						
Behindertenausweis beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein Betreuer bestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: (Bitte Bestallungs-urkunde vorlegen!)	Name und Vorname des Betreuers: _____			Straße, Nr., PLZ, Ort des Betreuers: _____		

Benötigt eine der im Haushalt lebenden Personen aufgrund Krankheit besondere Ernährung?

nein ja welche Person: _____

welche Krankheit: _____

Benötigt bzw. erhält eine der im Haushalt lebenden Personen aufgrund Krankheit / Behinderung eine pflegerische Hilfe?

nein ja welche Person: _____

welche Krankheit: _____

Benötigen Sie eine Haushaltshilfe?

nein ja

Bitte ärztliches Attest oder Bescheid der Pflegekasse vorlegen.

Erhalten Sie Leistungen im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens?

nein ja

Bitte den Bewilligungsbescheid vorlegen.

Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 SGB XII?

nein ja

Bitte legen Sie den Bescheid des Landschaftsverbandes Rheinland vor.

Besondere soziale Situation bei der Hilfestellung	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Tod eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trennung / Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt eines Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiheitsentzug / Haftentlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ohne eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überschuldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vollstationäre Unterbringung (z.B. Heim, Krankenhaus, Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)						
<input type="checkbox"/> teilstationäre Unterbringung (z.B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)						

Kranken-/Pflegeversicherung	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Sind Sie Mitglied in einer Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche Krankenkasse?						
Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenbewerber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
familienversichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Mitglied in einer Pflegekasse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche Pflegekasse?						
werden Leistungen gewährt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegestufe						
wurden Leistungen beantragt? (Bitte Bescheid vorlegen, auch bei Ablehnung.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Angaben zur Wohnung

Wohnort		50321 Brühl	
Straße, Hausnummer			
Zusatz zur Straße			
Bezugsfertigkeit der Wohnung			
Wohnfläche	Anzahl der Räume	m ²	
Zentralheizung / Etagenheizung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betrieb der Heizung mit		<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Kohle
		<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/>
Bad / Dusche		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Warmwasser		<input type="checkbox"/> über Heizung	
		<input type="checkbox"/> Durchlauferhitzer / Boiler Strom	
		<input type="checkbox"/> Durchlauferhitzer / Boiler Gas	
Kochfeuerung		<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Gas
Wohnart		<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/>

Kosten der Unterkunft / Heizung / Nebenkosten

Grundmiete	€
Nebenkosten	€
Heizungskosten zu zahlen an <input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Stadtwerke	€
Stromkosten zu zahlen an <input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Stadtwerke	€
Name Vermieter	
Wohnort Vermieter	
Straße und Hausnummer Vermieter	
Bankverbindung Vermieter	

Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt? nein ja

Erhalten Sie Wohngeld / Lastenzuschuss? nein ja, mtl. _____ €

Haben Sie Wohngeld / Lastenzuschuss beantragt? nein ja

Wohngeldnummer 362 012

Sind Teile der Wohnung untervermietet? nein ja

Höhe der monatlichen Einnahmen? _____ €

Falls Sie es wünschen, besteht die Möglichkeit, aus dem Hilfeanspruch Zahlungen direkt an den Vermieter, die Stadtwerke usw. vorzunehmen.

Ich möchte davon Gebrauch machen. nein ja

Sofern Sie Eigentümer des von Ihnen genutzten Wohnraumes sind, sind alle anfallenden Kosten nachzuweisen.

Erhalten Sie die Eigenheimzulage? nein ja

4. Einkommensverhältnisse des Hilfesuchenden und seiner Angehörigen

(Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Einkünfte beifügen, z.B. Rentenmitteilung bzw. -bescheid, Bescheid des Arbeitsamtes, Nachweis über Kindergeld, Übergabevertrag, Lohnabrechnungen.) **Nicht Zutreffendes ist zu streichen.**

Art des Einkommens	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Arbeitseinkommen (netto)	€	€	€	€	€	€
Gewerbebetrieb	€	€	€	€	€	€
sonstige selbständige Tätigkeit	€	€	€	€	€	€
Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz	€	€	€	€	€	€
Leistungen nach SGB II	€	€	€	€	€	€
Leistungen nach SGB III	€	€	€	€	€	€
Altersrente	€	€	€	€	€	€
Erwerbsminderungsrente	€	€	€	€	€	€
BU-Rente	€	€	€	€	€	€
Witwenrente	€	€	€	€	€	€
Waisenrente	€	€	€	€	€	€
Betriebsrente	€	€	€	€	€	€
ausländ. Rente	€	€	€	€	€	€
Unfallrente	€	€	€	€	€	€
Zusatzrente	€	€	€	€	€	€
landw. Altersgeld	€	€	€	€	€	€
Pension	€	€	€	€	€	€
Krankengeld	€	€	€	€	€	€
Übergangsgeld	€	€	€	€	€	€
Mutterschaftsgeld	€	€	€	€	€	€
Grundrente (BVG)	€	€	€	€	€	€
LAG-Unterhaltshilfe	€	€	€	€	€	€
LAG-Entsch.-rente	€	€	€	€	€	€
Kindergeld	€	€	€	€	€	€
Wer ist Kindergeldberechtigter? (Bitte Nachweis der Kindergeldkasse vorlegen!)						
Elterngeld	€	€	€	€	€	€

Art des Einkommens	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
USG-Leistungen	€	€	€	€	€	€
BAFöG-Leistungen	€	€	€	€	€	€
Ertrag aus Land- u. Forstwirtschaft	€	€	€	€	€	€
Miet- oder Pachteinnahmen	€	€	€	€	€	€
Zinsen/Dividenden aus Vermögen	€	€	€	€	€	€
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	€	€	€	€	€	€
Leistungen nach dem Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose	€	€	€	€	€	€
Zuwendungen, die ohne Rechtsanspruch bzw. unregelmäßig zufließen	€	€	€	€	€	€
privatrechtliche geldwerte Ansprüche (Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld)	€	€	€	€	€	€
Deputate	€	€	€	€	€	€
andere Sachbezüge	€	€	€	€	€	€
sonstige Einkünfte	€	€	€	€	€	€

Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht vom Arbeitgeber abgeführt)

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Lohn-/Einkommensteuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte legen Sie den Versicherungsschein und ggf. die letzte Beitragsrechnung vor!						

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Aufwendungen für Arbeitsmittel	€	€	€	€	€	€
Beiträge für Berufsverbände	€	€	€	€	€	€
Beitrag zum VdK	€	€	€	€	€	€
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung	€	€	€	€	€	€
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit						
- öffentlichen Verkehrsmitteln	€	€	€	€	€	€
- Pkw	€	€	€	€	€	€
- Kleinst-Pkw (bis 500 ccm)	€	€	€	€	€	€
- Motorrad	€	€	€	€	€	€
- Mofa	€	€	€	€	€	€

5. Vermögenswerte

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Girokonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
bei						
BLZ						
Kontonummer						
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
bei						
BLZ						
Kontonummer						
Bargeld						
Haus- und Grundbesitz (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo u. welchen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo u. welchen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo u. welchen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo u. welchen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo u. welchen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo u. welchen:
vertragliche Ansprüche z.B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf Wartung und Pflege (Vorlage des Vertrages ist erforderlich!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:
Haben Sie im derzeitigen Mietverhältnis eine Kautions hinterlegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Kraftfahrzeug: (Pkw, Motorrad, Motorroller, Mofa)						
Besitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
ein Kfz ist angemeldet auf mich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum:
Hersteller						
Typ						
Kennzeichen						
Baujahr						
KM-Leistung						
Wer trägt die Kosten des Fahrzeugs? (Bitte Nachweise über Versicherung und Steuer vorlegen.)						
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
Lebens-/ Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
Sammlungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
Schmuck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
Ansprüche auf Rückzahlungen von Darlehen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert €				wenn ja, welche Person der Gemeinschaft?	
Haben Sie Erb- oder Pflichtteilsansprüche, die noch nicht realisiert sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				wenn ja, welche Person der Gemeinschaft?	
Wurden von einer oder mehreren Personen der Haushaltsgemeinschaft Freistellungsaufträge für Kapitalerträge erteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl:				wenn ja, welche Person der Gemeinschaft?	
Wurde im vergangenen Jahr ein Antrag auf Einkommensteuererstattung beim Finanzamt eingereicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				wenn ja, welche Person der Gemeinschaft?	

6. Sonstiges

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Sozialversicherungsausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sozialversicherungsnummer						
Lohnsteuerkarte?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wann?						
Rententräger?						
Rentenversicherungsnummer						
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalls oder Gewaltverbrechens? (Bitte Nachweise vorlegen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hatten Sie Ihren Wohnort einmal im Gebiet der damaligen DDR?

nein ja

Waren Sie dort Opfer politischer Verfolgung / rechtsstaatswidriger Entscheidungen?

nein ja

Sind Angehörige durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes verstorben (Ehepartner und Kinder)?

nein ja

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Haben Sie einen Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen? (Bitte Nachweise vorlegen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie einen Grabpflegevertrag abgeschlossen? (Bitte Nachweise vorlegen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7. Erklärung über die Aufenthaltsverhältnisse

1a) Waren Sie oder eines Ihrer Familienangehörigen vor Beantragung der Sozialhilfe in einer Einrichtung / einem Heim untergebracht?

nein ja

Name, Vorname

Name, Vorname

1b) Soll die Aufnahme in einer Einrichtung / einem Heim erfolgen?

nein ja

Name, Vorname

Name, Vorname

Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße

- Wann endete / beginnt der Aufenthalt in der Einrichtung / dem Heim?
(Datum) _____

- Wo haben Sie vor Aufnahme in die Einrichtung / das Heim gewohnt?

PLZ, Ort, Straße

2) Sind Sie unmittelbar (innerhalb der letzten 2 Monate) in die Stadt Brühl zugezogen?

nein ja

- Wo haben Sie vorher gewohnt?

PLZ, Ort, Straße

- Wann sind Sie umgezogen (Datum)? _____

3) Sind Sie unmittelbar (innerhalb der letzten 2 Monate) aus dem Ausland in die Stadt Brühl zugezogen?

nein ja

Datum des tatsächlichen Einzugs in die Wohnung in Brühl: _____

Begründung für die Notwendigkeit des Umzugs: _____

- Wo haben Sie vorher gewohnt?

Land, Anschrift

- Wann sind Sie eingereist (Datum)? _____

Ort des Übertritts: _____

Familienmitglied, das bereits früher aus dem Ausland gekommen ist (Name und Anschrift): _____

Familienmitglied, das als ältestes in der Bundesrepublik Deutschland geboren ist:

4) Haben Sie in der zurückliegenden Zeit Sozialhilfe / Arbeitslosengeld II bezogen?

Von welcher Dienststelle? _____
Wann? _____

5) Wie haben Sie Ihren Lebensunterhalt bisher sichergestellt?

10. Auskunftsermächtigung und Auskunftsbeauftragung sowie datenschutzrechtliche Einwilligung

Kreditinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer
IBAN	BIC	
Kontoinhaber/in		
Anschrift		

Auf Grund der zwischen Ihrem Kreditinstitut _____ und mir bestehenden vertraglichen Beziehungen unterhalte/n ich/wir bei Ihnen ein Girokonto und ggf. auch noch andere Giro-, Spar- und sonstige Konten bzw. Geldanlagen und Depots.

Zur Erlangung eines Zuschusses aus öffentlich-rechtlichen Mitteln bitte ich Sie, mir zum Stichtag _____ kostenlos Auskunft gemäß §§ 666, 667, 242 BGB in Form einer schriftlichen Bescheinigung zu erteilen,

- welche Giro-, Spar- und sonstigen Konten, Depots und Geldanlagen von Ihnen für mich und meine/n Ehegatten/Ehegattin geführt sowie
- welche Vermögenswerte von Ihnen auf diesen Konten zu dem oben genannten Stichtag verwahrt worden sind.
- welche Bewegungen auf den Konten in den letzten ___ Monaten zu verzeichnen waren.

Ich bitte, diese Auskunft unmittelbar gegenüber dem Bürgermeister der Stadt Brühl, Abteilung Soziales, Steinweg 1, 50321 Brühl, zu erteilen.

Der oben genannte Sozialhilfeträger hat auf meine Mitwirkungspflicht bei der Feststellung sozialhilferechtlicher Bedürftigkeit hingewiesen und mich unter Bezugnahme auf § 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I (Allgemeiner Teil) gebeten, Geldinstitute zu ermächtigen, Auskünfte über mein geführtes Konto / über meine geführten Konten zum oben genannten Termin unmittelbar an die Abteilung Soziales zu erteilen.

Von den nachfolgend abgedruckten Bestimmungen der §§ 60 und 66 SGB I (Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung) sowie § 263 Strafgesetzbuch (Betrug) habe ich Kenntnis genommen.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

50321 Brühl, _____

Unterschrift Kontoinhaber/in oder Bevollmächtigter

11. Anlage zur Bankverbindung

Name, Vorname

Anschrift	PLZ, Wohnort 50321 Brühl
-----------	-----------------------------

Die Leistungen nach SGB XII / AsylbLG bitte ich auf folgendes Girokonto zu überweisen:

Name des Kreditinstituts	
--------------------------	--

Bankleitzahl	
BIC	

Kontonummer	
IBAN	

Name des Kontoinhabers <i>(soweit nicht Antragsteller)</i>	
---	--

Anschrift des Kontoinhabers <i>(soweit nicht Antragsteller)</i>	

Rückbuchungsermächtigung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle einer Überzahlung von Leistungen mein Kreditinstitut berechtigt ist, zuviel überwiesene Beträge auf Anforderung der Stadt Brühl an die Stadtkasse Brühl zu Gunsten der Abteilung Soziales der Stadt Brühl zurück zu überweisen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

ggf. Unterschrift (anderer) Kontoinhaber

12. Erklärung und datenschutzrechtliche Hinweise:

Erklärung des/der Hilfesuchenden, seines Ehegatten bzw. Lebensgefährten/in

Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben in diesem Antrag vollständig sind, der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir mich/uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetzen und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen müssen. Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine Ansprüche gegen Dritte im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere die Einkommens- und Familienverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als 1 Monat dauernde Abwesenheit, z.B. Krankenhausaufenthalt, Kuren, auch von Haushaltsangehörigen) sofort unaufgefordert mitzuteilen. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich **vor** Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 des Ersten Buch Sozialgesetzbuch erhoben. Weiterhin ist mir/uns bekannt, dass die für die Berechnung und Zahlung der Sozialhilfe / Leistungen nach AsylbLG erforderlichen persönlichen Daten im Wege der automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden. Sie können ohne Namen und Anschrift der fachlich zuständigen obersten Bundesbehörde für statistische Sonderauswertungen übermittelt oder sonst für statistische Zwecke verwendet werden.

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Abteilung Soziales der Stadt Brühl, beim Bundesamt für Finanzen, 53221 Bonn, Auskünfte über meine/unsere Kapitalerträge einzuholen.

Ich/Wir bestätige/n hiermit den Erhalt

- des Merkblattes „Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten gem. §§ 60 - 67 SGB I“.
- des Merkblattes „Zusätzliche Hinweise für Bezieher von Leistungen zum Lebensunterhalt / Grundsicherung nach Kapitel 3 und 4 SGB XII“.
- eines Duplikates der Seite 17 dieses Antragsformulars.
- Hinweiszettel für Besucher.
- Merkblatt zum „MobilPass“
- Information zu Leistungen der Bildung und Teilhabe.

Brühl, den _____

(Unterschrift Person 1)

(Unterschrift Ehegatte, Lebensgefährte/in)

(Unterschrift gesetzlicher Vertreter)

(Unterschrift Sachbearbeiter/in)

13. Änderungen im Antrag

Die im Antrag vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen sind in meinem Beisein erfolgt und haben meine Zustimmung.

(Unterschrift Person 1)

(Unterschrift Ehegatte, Lebensgefährte/in)

Exemplar für Antragsteller/in

12. Erklärung und datenschutzrechtliche Hinweise:

Erklärung des/der Hilfesuchenden, seines Ehegatten bzw. Lebensgefährten/in

Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben in diesem Antrag vollständig sind, der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir mich/uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetzen und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen müssen. Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine Ansprüche gegen Dritte im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere die Einkommens- und Familienverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als 1 Monat dauernde Abwesenheit, z.B. Krankenhausaufenthalt, Kuren, auch von Haushaltsangehörigen) sofort unaufgefordert mitzuteilen. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich **vor** Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 des Ersten Buch Sozialgesetzbuch erhoben. Weiterhin ist mir/uns bekannt, dass die für die Berechnung und Zahlung der Sozialhilfe / Leistungen nach AsylbLG erforderlichen persönlichen Daten im Wege der automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden. Sie können ohne Namen und Anschrift der fachlich zuständigen obersten Bundesbehörde für statistische Sonderauswertungen übermittelt oder sonst für statistische Zwecke verwendet werden.

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Abteilung Soziales der Stadt Brühl, beim Bundesamt für Finanzen, 53221 Bonn, Auskünfte über meine/unsere Kapitalerträge einzuholen.

Ich/Wir bestätige/n hiermit den Erhalt

- des Merkblattes „Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten gem. §§ 60 - 67 SGB I“.
- des Merkblattes „Zusätzliche Hinweise für Bezieher von Leistungen zum Lebensunterhalt / Grundsicherung nach Kapitel 3 und 4 SGB XII“.
- eines Duplikates der Seite 17 dieses Antragsformulars.
- Hinweiszettel für Besucher.
- Merkblatt zum „MobilPass“.
- Information zu Leistungen der Bildung und Teilhabe

Brühl, den _____

(Unterschrift Person 1)

(Unterschrift Ehegatte, Lebensgefährte/in)

(Unterschrift gesetzlicher Vertreter)

(Unterschrift Sachbearbeiter/in)

Bestätigung für den Antragsteller:

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau _____ einen Antrag auf Leistungen der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gestellt hat.

Brühl, den _____

(Unterschrift Sachbearbeiter)

