

Antrag auf Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung

Tel: _____ Fax: _____

Posteingang:

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.
Bitte beachten Sie die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben.
Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.
Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 1 SGB X.
Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I).

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	1. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		2. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Antragsteller(in) 1		<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnl. Gemeinschaft	
Familienname, auch Geburtsname, Vorname				
Anschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)				
Geburtsdatum				
Familienstand	seit		seit	
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung im Haushalt)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status				
Rentenversicherungs-Nr.				
Betreuer/in (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)				
Anschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)				
Betreuer/in (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)				
Schwerbehindertenausweis (Kopie beifügen!)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG?)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG?)
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, 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	
Es wurden bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	

2. Unterhalt

	1. Person	2. Person
Verfügt eines Ihrer Kinder / Verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (geben Sie bitte Namen und Adresse an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (geben Sie bitte Namen und Adresse an)
Derzeit ausgeübter Beruf bzw. Berufsbezeichnung Ihrer Kinder/Ihrer Eltern		
Familienname, Vorname		
Anschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum		
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten(innen) oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet. <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckb. Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in € des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners(in)	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet. <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckb. Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in € des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners(in)

3. Kranken-/Pflegeversicherung (Bitte Nachweis beifügen!)

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers		
Bei privater Versicherung geben Sie bitte den Leistungsumfang an		
Höhe des monatlichen Beitrags		

4. Einkommen (Bitte Nachweis beifügen!)

Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------

Einkommen	Mtl. Betrag (nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag (nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)				
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werkrente, Kindererziehungsleistung, sonstige Renten/ Pensionen)				

	1. Person		2. Person	
Einkommen	Mtl. Betrag (nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag (nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Sozialhilfeleistungen				
Grundsicherungsleistungen				
Asylbewerberleistung				
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
Leistungen des Arbeitsamtes (z.B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u.a.)				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)				
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Sonstige Einkünfte				

5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 4 berücksichtigt) - Bitte Nachweise beifügen!

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einkommen	Monatlicher Betrag		Monatlicher Betrag	
Einkommensteuer				
Krankenversicherung				
Pflegeversicherung				
Arbeitslosenversicherung				
Rentenversicherung				
Unfallversicherung				
Altersvorsorgebeiträge				
Hausratversicherung				
Sterbeversicherung				
Lebensversicherung				
Haftpflichtversicherung				
Aufwendungen für Arbeitsmittel				
Beträge für Berufsverbände				
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung				

	1. Person		2. Person	
Einkommen	Monatlicher Betrag		Monatlicher Betrag	
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit	km		km	
- öffentlichen Verkehrsmitteln				
- PKW				
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)				
- Motorrad				
- Mofa				
Sonstiges				
Nähere Begründung zu "Sonstiges"				

6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen - Bitte Nachweise beifügen!

Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

Art des Vermögens	Vermögenswert lt. Beleg	Vermögenswert lt. Schätzung	Vermögenswert lt. Beleg	Vermögenswert lt. Schätzung
Bargeld				
Bank-/Sparguthaben (einschl. vermögenswirksame Leistungen)				
Wertpapiere				
Forderungen				
Lebensversicherungen (Rückkaufswert)				
Hauseigentum				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatl. geförderte private Altersvorsorge				
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauchrecht, Altenteilsrechte)				
Sonstiges Vermögen				

7. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde
---	--	--

8. Kosten der Unterkunft - Nur ausfüllen von Personen, die nicht in einer Einrichtung

8.1 Miete (Bitte Nachweis beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung: _____ Person(en)	Wohnfläche:	Quadratmeter:
Gesamtkosten der Unterkunft:		€
davon Kaltmiete:	€	
Nebenkosten:	€	
Heizungskosten:	€	
Einnahmen aus Untervermietung		€
Sind in den angegebenen Beiträgen		
- Kosten für Kochfeuerung enthalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
- Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

8.2 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten / Belastungen vorzulegen.

9. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Name und Vorname des Kontoinhabers
Konto-Nr., Bankleitzahl, Name und Sitz des Geldinstituts

Erklärung

Den Antrag auf Grundsicherungsleistungen mit Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Grundsicherungsbescheiden.

Ort, Datum

Unterschrift 1. Person

Ort, Datum

Unterschrift 2. Person

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde:

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt.

Ort, Datum

Mit _____ Anlagen an das Landratsamt Deggendorf

i. A. _____