

Eingang	Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) ab:		Az.:	
<input type="checkbox"/> Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin Geschäftsbereich Soziales				
Hinweis: Für eine sachgerechte Antragsprüfung auf Leistungen der Grundsicherung ist es erforderlich, dass Sie Ihren Mitwirkungspflichten gem. §§ 60 ff SGB I nachkommen. Das bedeutet, dass Sie bei der Aufklärung des Sachverhaltes und bei der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken und wahrheitsgemäße Angaben machen. Eine fehlende Erklärung zu Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen kann unter Umständen zur Folge haben, dass Ihnen die Leistungen – bis zur Nachholung der Mitwirkung – versagt werden. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt. Um die Richtigkeit Ihrer Angaben zu bestätigen, müssen Sie bzw. der gesetzliche Vertreter die Erklärung unterschreiben.				
Leben bei Ihnen noch Kinder oder Ihre Eltern bzw. ein Elternteil im Haushalt, bitte für diese Personen das Zusatzblatt der Haushaltsangehörigen ausfüllen				
Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	Antragsteller		Personenziffer 2	
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
	Antragsteller(in) 1		<input type="checkbox"/> Antragsteller 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartner (nicht getrennt lebend)	
Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname				
Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (freiwillig Telefon)				
Geburtsdatum				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> LP aufgeh. <input type="checkbox"/> geschieden seit:		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> LP aufgeh. <input type="checkbox"/> geschieden seit:	
	Schwerbehinderten ausweis	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis <input type="checkbox"/> Nein	In Besitz seit <input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis <input type="checkbox"/> Nein
Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus) seit meinem letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben!		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben!	
Mehrbedarf kostenaufwändige Ernährung	Art der Erkrankung:		Art der Erkrankung:	
Zahl der Personen in Ihrer Wohnung				
Unterkunfts- und Heizkosten	Miete insgesamt (EUR/mtl.)		Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	
	Heizkosten (EUR/mtl.)		Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	

Wohnraum wird untervermietet	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte Anzahl der vermieteten Räume und die Höhe der Untermiete angeben!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte Anzahl der vermieteten Räume und die Höhe der Untermiete angeben!
Einkommen	Art des Einkommens: mtl. in Höhe von: EUR	Art des Einkommens: mtl. in Höhe von: EUR
vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (z.B. Beiträge für Versicherungen)		
Haben Sie laufende oder einmalige Leistungen beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Antragsdatum:	Antragsdatum:
	Art der Leistung:	Art der Leistung:
	Dienststelle und Geschäftszeichen:	Dienststelle und Geschäftszeichen:
Vermögen, z.B. Sparguthaben		
Gegenüber meinem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte erläutern und nachweisen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte erläutern und nachweisen!
Bitte legen Sie für alle Änderungen die entsprechenden Nachweise und die Kontoauszüge der letzten drei Monate vor (vgl. § 60 Abs. 1 Nr. 3 SGB I). Bei Abbuchungen geringerer Beträge (in der Regel bis zu 50 €) können Sie die zu den Einzelbuchungen aufgeführten Texte schwärzen. Der Betrag selbst muss jedoch sichtbar bleiben.		

E r k l ä r u n g

<p>Diese Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.</p> <p>Die Angaben zu den anderen im Haushalt befindlichen Personen</p> <p><input type="checkbox"/> habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde und die Richtigkeit durch Ihre Unterschrift bestätigt, oder</p> <p><input type="checkbox"/> haben diese Personen selbst in die vorstehende Erklärung oder in einem gesonderten Vordruck eingetragen und</p> <p><input type="checkbox"/> die Richtigkeit mit Ihrer Unterschrift bestätigt.</p> <p>Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksamter 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</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern, - sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern, - ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage. 	
Unterschrift des Antragstellers/Datum	Unterschrift der 2. Person/Antragsteller 2 (nicht getrennt lebender Ehegatte, Lebenspartner oder Partner in eheähnlicher Lebensgemeinschaft) / Datum
Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt	Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum