

<input type="checkbox"/> Bezirksamt von Berlin Geschäftsbereich <input type="checkbox"/> Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA -		Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.	
Antrag auf <input type="checkbox"/> Grundsicherung nach SGB XII <input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach SGB XII <input type="checkbox"/> Leistungen nach AsylbLG		Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben - unter XI des Antrages oder - auf einem gesonderten Blatt
Art der Hilfe <input type="checkbox"/> innerhalb einer Einrichtung <input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung			
I. Antragsteller/in (Personenziffer 1)		Ehegatte/Lebenspartner/in (Personenziffer 2)	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<input type="checkbox"/> nicht im gemeinsamen Haushalt → keine weiteren Angaben auf dieser Seite; nur Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen <input type="checkbox"/> im gemeinsamen Haushalt ↓	
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
<input type="checkbox"/> minderjährig →		Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		seit	bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> →		Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> → bitte Anlage 2 ausfüllen	
Personaldokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis	gültig bis
<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓	
bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen	Geschäftszeichen
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft } →		<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft } →	
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers/einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am	ausgestellt von (Dienststelle)
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers/einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am	ausgestellt von (Dienststelle)
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG)	gültig bis
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sozialversicherung <input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-) <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung * <input type="checkbox"/> Private Versicherung <input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V		Sozialversicherung <input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-) <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung * <input type="checkbox"/> Private Versicherung <input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V	

* **Wichtige Hinweise:** Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin **das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil **familienversichert** werden.
 Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner **getrennt** leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen **familienversichert** werden können.

II. Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit			
	Personenziffer 1		Personenziffer 2
Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Tätigkeit: Arbeitgeber:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Tätigkeit: Arbeitgeber:
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil		Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor? (EU-Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja unbefristet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein für welchen Zeitraum?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja unbefristet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein für welchen Zeitraum?
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stufe:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stufe:
Auszubildender/Student - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung/Studium als		<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung/Studium als
Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule			
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom bis Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom bis Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
III. Bankverbindung			
Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber/in
IV. Aufenthalt			
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft	
V. Unterkunft			
V.1	<input type="checkbox"/> Mietwohnung → <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in →		<input type="checkbox"/> Eigenheim → <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft
Name und Anschrift des Vermieters		Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2	
Name des Hauptmieters			
Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Miete bezahlt bis	Mietrückstände (von/bis/EUR) →
Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)		Gekündigt zum →
Bitte Nachweis beifügen			

V.2	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m ²)		<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt →	Bitte Bescheid beifügen
Heizungsart/Warmwasser					
<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung <input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung <input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung					
<input type="checkbox"/> Wohnraum wird untervermietet → <input type="checkbox"/> Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> Wohnraum kann nicht untervermietet werden →		Zahl vermieteter Leerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl vermieteter möblierter Zimmer	Miete (EUR/mtl.)
Grund					
<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei: Name: Vorname:					
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, 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	

VI.	Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen				
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Personen bitte Zusatzblatt verwenden.					
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5		
Name (ggf. Geburtsname)					
Vorname					
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in/Partner/in					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Geburtsdatum Geburtsort					
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>		
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)					
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil		
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen		
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)					
- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde					
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

VII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern)						
Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtstag, bzw. Alter	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller	ausgeübte Tätigkeit	Anschrift	Art und Höhe des Unterhaltsbeitrages
Nur ausfüllen bei Anträgen auf Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung (viertes Kapitel SGB XII)						
Verfügt eines Ihrer Kinder vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen			Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen			
Bezeichnung	Bewilligungsstelle	Geschäftszeichen, Rentenabrechnungsnummer, o. Ä.	Personenziffer 1	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
Nichtselbständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)						
Gewerbebetrieb						
Land- und Forstwirtschaft						
Sonstige selbständige Tätigkeiten						
Vermietung und Verpachtung						
Wohngeld/Lastenzuschuss						
Renten/Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/ -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, Sonstige Renten/Pensionen)						
Sozialhilfeleistungen						
Grundsicherungsleistungen						
Asylbewerberleistung						
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)						

Bezeichnung	Bewilligungsstelle	Geschäftszeichen, Rentenabrechnungsnummer, o. Ä.	Personenziffer 1	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
			Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen			
Leistungen des Arbeitsamtes (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u. a.)						
Kindergeld						
Kindergeldzuschlag						
Erziehungsgeld						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvorschuss						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)						
Steuererstattung						
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)						
Sonstige Einkünfte						
Kein Einkommen						

Sind Leistungen nach Nr. VIII beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

Nein Ja



Personenziffer	Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen

Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung?

Nein Ja



Personenziffer	Art der Leistung	Zeitpunkt	EUR

IX. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge

Keine absetzbaren Beträge	Personenziffer 1	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
Ausgaben mtl. Betrag					
Einkommensteuer*					
Krankenversicherung*					
Pflegeversicherung*					
Arbeitslosenversicherung*					
Rentenversicherung*					

* Angabe nicht erforderlich soweit die Beträge bereits vom Arbeitgeber oder Rententräger abgesetzt wurden

	Personenziffer 1	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
Kirchensteuer*					
Unfallversicherung					
Altersvorsorgebeiträge					
Hausratsversicherung					
Sterbeversicherung					
Lebensversicherung					
Haftpflichtversicherung					
Aufwendungen für Arbeitsmittel					
Beiträge für Berufsverbände					
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung					
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	km	km	km	km	km
- öffentlichen Verkehrsmitteln					
- PKW					
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)					
- Motorrad					
- Mofa					
- Sonstiges					
Nähere Begründung zu „Sonstiges“					

X. Vermögensverhältnisse (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Personenziffer 1	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
Sparguthaben/Bargeld <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein				
Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein				
Sachwerte von besonderem Wert <input type="checkbox"/> ja → Art <input type="checkbox"/> nein				
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes) <input type="checkbox"/> ja → Art <input type="checkbox"/> nein				
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen) <input type="checkbox"/> ja → Art <input type="checkbox"/> nein				

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen			Personenziffer 1	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen				
Baujahr	Fabrikat	Halter				
Hauseigentum oder Grundbesitz Bitte Anlage 3 ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→				
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→				
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	→				

XI. Sonstige Angaben, z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

--

XII. Leistungen für besondere Mehrbedarfe

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts.

Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:

<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche → Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten → Vorlage des Bewilligungsbescheides	Name: _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen → vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____ Name: _____	Vorname _____ Vorname _____

XIII. Bestandteile des Antrages sind die Anlagen

1 - Unterhalt - 2 - Ausländer - 3 - Grundbesitz - 4 - Eingliederungshilfe - 5 - Bestattungen 6 - Mietschuld -

XIV. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt

--

Die Angaben im Antrag und den dazugehörigen Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter 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

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. AsylbLG kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII/AsylbLG von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Unterschrift des Antragstellers/Datum		ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten
Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt	Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum	

Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach AsylbLG

Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt.

Im folgenden werden Ihnen die Rechtsgrundlagen benannt, aufgrund derer die erforderlichen Daten erhoben wurden:

Sozialgesetzbuch

- Erstes Buch (SGB I)

Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I S. 3015 / Gesetz- und Verordnungsblatt – GVBl. S. 1638), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3322)

- Zehntes Buch (SGB X)

Neufassung durch Gesetz vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130 ff.), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4621)

- Elfte Buch (SGB XI)

Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2003 (BGBl. I S. 1526).

- Zwölftes Buch (SGB XII)

in der Fassung vom 27.12.2003 (BGBl. I Nr. 67), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 30.07.2004 (BGBl. I, S. 1950)

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

in der Fassung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 30.07.2004 (BGBl. I, S. 1950)

Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

in der Neufassung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 829, 844), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom des Gesetzes vom 30.07.2004 BGBl I S.1950

Verordnung zur Durchführung des §28 SGB XII(Regelsatzverordnung –RSV) vom 03.06.2004 (BGBl I S.1067)

Verordnung nach §53– Eingliederungshilfe-Verordnung Artikel 13 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 (BGBl.I S.3022)

Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII (DVO § 82 SGB XII)

In der im BGBl III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 27.12.2003 (BGBl. I S.3022)

Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs.2 Nr.9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

vom 11. Februar 1988 (BGBl, I S.438) zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022)

Erläuterungen:	
Die Frage nach...	Ist u.a. begründet durch . . .
einer bestehenden Betreuung nach dem Betreuungsgesetz/Beistandschaft	Die Notwendigkeit, den berechtigten Zahlungsempfänger festzustellen
dem Status eines Heimatvertriebenen, Aussiedlers, Spätaussiedlers oder Sowjetzonenflüchtlings	§§ 15 und 100 BVFG
dem Grad der Behinderung	§§30 und 45 SGB XII, §§ 2, 6 AsylbLG
der Sozialversicherung	§ 2 SGB XII, § 9 Abs. 2 AsylbLG
den Arbeitsverhältnissen	§ 2 in Verbindung mit § 82. SGB XII, §§ 2, 5, 7, 8a AsylbLG
den Wohnverhältnissen	§ 29 in Verbindung mit §§ 90/91 SGB XII, §§ 2, 7, 8 AsylbLG
den Mietrückständen	§ 34 SGB XII
der Beschaffenheit der Wohnung	§ 29 SGB XII in Verbindung mit der DVO zu § 28 des SGB XII(Regelsatzverordnung), §§ 2, 3 AsylbLG
den Mitbewohnern des gemeinsamen Haushalts	§§20,36 und § 93 SGBXII, §§ 2, 7 AsylbLG
den unterhaltspflichtigen Angehörigen	§93 SGB XII, §§ 2, 7 AsylbLG
den Einkünften aller Haushaltsangehörigen	§§ 82-84 SGBXII und DVO § 82 SGB XII sowie §§ 20und 36 SGBXII, §§ 2, 7 AsylbLG
den Schadensersatzansprüchen	§ 116 SGB X, § 9 AsylbLG
den Vermögensverhältnissen	§§ 90/91 SGB XII und DVO § 90 SGBXII, §§ 2, 7 AsylbLG
den Versicherungen	§ 82 Abs. 2 Nr. 3SGB XII, §§ 2, 7, 9 AsylbLG
Anlage 1 den Unterhaltsansprüchen	§ 94 SGB XII, § 9 Abs. 2 AsylbLG
Anlage 2 der ausländischen Staatsangehörigkeit	§ 23 SGB XII, § 1 AsylbLG
Anlage 3 dem Grundbesitz	§§ 90/91 und DVO §90 SGB XII, §§ 2, 7 AsylbLG
Anlage 4 Eingliederungshilfemaßnahmen	§§ 53ff SGBXII und DVO § 53 SGB XII, §§ 2, 6 AsylbLG
Anlage 5 Bestattungen	§ 74SGB XII und § 6AsylbLG
Anlage 6 Mietschulden	§ 34 SGB XII und § 6 AsylbLG
Hinweis: Form und Umfang der für den Antrag erforderlichen Angaben sowie Einverständniserklärung zur Entbindung der Geldinstitute und Banken von der Geheimhaltungspflicht entsprechen den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch I (SGB I) unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Grundsätze gemäß §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch X (SGB X).	