

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Eingang   | <b>Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)</b><br>ab:   |  | Az.:   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin</b><br>Geschäftsbereich Soziales   |  |  |  |  |
| <b>Hinweis:</b><br>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. |  |  |  |  |
| <b>Leben bei Ihnen noch Kinder oder Ihre Eltern bzw. ein Elternteil im Haushalt, bitte für diese Personen das Zusatzblatt der Haushaltsangehörigen ausfüllen</b>  |  |  |  |  |
| <b>Angaben zu den persönlichen Verhältnissen</b>  | Antragsteller  |  | Personenziffer 2   |  |
|   | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich  |  | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich  |  |
|   | <b>Antragsteller(in) 1</b>   |  | <input type="checkbox"/> <b>Antragsteller 2</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ehegatte (nicht getrennt lebend)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft</b><br><input type="checkbox"/> <b>Lebenspartner (nicht getrennt lebend)</b>   |  |
| 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)<br><input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP)<br><input type="checkbox"/> LP aufgeh. <input type="checkbox"/> geschieden<br>seit: |  | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP)<br><input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP)<br><input type="checkbox"/> LP aufgeh. <input type="checkbox"/> geschieden<br>seit: |  |
|   | Schwerbehinderten ausweis  | <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis<br><br><input type="checkbox"/> Nein     | <b>In Besitz seit</b><br><br><input type="checkbox"/> beantragt am   | <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis<br><br><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<br>Wenn Ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben!  |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja<br>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<br>Wenn Ja, bitte Anzahl der vermieteten Räume und die Höhe der Untermiete angeben! | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja<br>Wenn Ja, bitte Anzahl der vermieteten Räume und die Höhe der Untermiete angeben! |
| Einkommen  | Art des Einkommens:<br>mtl. in Höhe von: EUR  | Art des Einkommens:<br>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  |   |   |
| <b>Gegenüber meinem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben</b>  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja<br><b>Wenn Ja, bitte erläutern und nachweisen!</b>                                  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja<br><b>Wenn Ja, bitte erläutern und nachweisen!</b>                                  |
| <b>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.</b> |   |   |

## 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"> <li>- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern,</li> <li>- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern,</li> <li>- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.</li> </ul> |  |
| 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   |