

Eingang	Zusatzblatt zur Erklärung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse während des Bezugs von Grundsicherungsleistungen (SGB XII)	Az.:
---------	--	------

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Geschäftsbereich Soziales

Hinweis: Für eine sachgerechte Prüfung Ihres zukünftigen Anspruchs auf Leistungen der Grundsicherung ist es erforderlich, dass Sie Angaben zu den bei Ihnen mit im Haushalt lebenden Kindern oder Ihren Eltern bzw. einem Elternteil machen.

Um die Richtigkeit Ihrer Angaben zu bestätigen, müssen Sie bzw. der gesetzliche Vertreter die Erklärung unterschreiben.

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen		Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familiename, ggf. Geburtsname, Vorname				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in/ Personenziffer 2				
Geburtsdatum/Geburtsort				
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <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. seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <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. seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <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. seit:
Haben sich seit dem Erstantrag bzw. der letzten Erklärung Änderungen ergeben?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja , dann bitte alle weiteren Fragen vollständig beantworten! Wenn nein , dann bitte nur den Abschnitt III. der Erklärung unterschreiben!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja , dann bitte alle weiteren Fragen vollständig beantworten! Wenn nein , dann bitte nur den letzten Abschnitt der Erklärung unterschreiben!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja , dann bitte alle weiteren Fragen vollständig beantworten! Wenn nein , dann bitte nur den letzten Abschnitt der Erklärung unterschreiben!
II. Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen				
Einkommen (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> Nichtselbstständige Tätigkeit	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Leistungen der Krankenkasse	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Wohngeld / Lastenzuschuss	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Renten / Pensionen	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeleistungen	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):

Einkommen (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> Grundsicherungsleistungen	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Leistungen der Agentur f. Arbeit/des JobCenters	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Kindergeld / Kinderzuschlag	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
	<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):	mtl. in Höhe von (Euro):
Vermögen, wie z.B. Sparguthaben (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welches:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welches:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welches:	
Gegenüber dem Erstantrag bzw. der letzten Erklärung 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!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte erläutern und nachweisen!	
III. Erklärung				
Dieses Zusatzblatt zur Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.				
Die Angaben zu den anderen im Haushalt befindlichen Personen				
<input type="checkbox"/> habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt, oder				
<input type="checkbox"/> haben diese Personen selbst in die vorstehende Erklärung oder in einem gesonderten Vordruck eingetragen und				
<input type="checkbox"/> die Richtigkeit mit ihrer Unterschrift bestätigt.				
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				
<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		Ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten / Datum		
Unterschrift 3. Person bzw. des gesetzlichen Vertreters		Unterschrift 4. Person bzw. des gesetzlichen Vertreters / Datum		
Unterschrift 5. Person bzw. des gesetzlichen Vertreters				
Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt	Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum			