

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Zusatzblatt für die Personen 3-5

Beantragte Hilfe

Hilfe zum Lebensunterhalt/
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Bestattungskosten für _____

(Verstorbene/r)

verstorben in _____

Hilfen zur Gesundheit

Sonstige Hilfen in Form von _____

Zum Antrag von

Name, Vorname des Haushaltsvorstands

	Person 3	Person 4	Person 5
V. Persönliche Verhältnisse			
Name (ggf. Geburtsname angeben)			
Vornamen			
Geburtsdatum und Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
→ nur bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/ Fiktionsbescheinigung gültig bis _____	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/ Fiktionsbescheinigung gültig bis _____	<input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/ Fiktionsbescheinigung gültig bis _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit wann: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit wann: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft Seit wann: _____
Bei Kindern: Besuchte Klasse und Schule			
Wird aktuell eine Ausbildung absolviert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
VI. Einkommensverhältnisse der Antragsteller Bitte jeweils die genannten Nachweise beilegen			
Kein Einkommen - <u>ODER</u> -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des monatlichen Einkommens	Einkommenshöhe in €:	Einkommenshöhe in €:	Einkommenshöhe in €:
Renten (bitte alle vorhandenen Renten auflisten) (z.B. Alters-, Knappschafts-, Erwerbsminderungs-, Unfall-, Hinterbliebenenrente, Pensionen, private Renten, Betriebsrente, ausländische Rente, landwirtschaftliche Rente) Rentenart (en): _____ Erstbescheid <u>und</u> aktuelle Rentenmitteilung			
Leistungen des Jobcenters (Bürgergeld) oder der Agentur für Arbeit Bescheid des Jobcenters/der Agentur für Arbeit			
Kindergeld Bescheid der Familienkasse			
Blindengeld Bescheid			
Arbeitseinkommen (auch aus geringfügiger Beschäftigung, in der Werkstatt für behinderte Menschen und aus Zuverdienstprojekten) Verdienstbescheinigungen der letzten 3 Monate			
Einkommen aus ehrenamtlicher Tätigkeit Nachweis des Arbeitgebers über Steuerfreiheit nach § 3 Nr. 26 EstG und Verdienstnachweise der letzten 3 Monate			
Ausbildungsgeld der Bundesagentur für Arbeit Bescheid			
Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung Nachweise (z.B. Mietvertrag)			
sonst. Einkommen: _____			

	Person 3	Person 4	Person 5
VII. Vermögenswerte:			
Bitte jeweils die genannten Nachweise beilegen			
Giro- oder Sparkonto Bescheinigung über Bankguthaben je Bank	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
bei Bankinstitut und Kontonummer (Bank 1)			
Kontostand:	€	€	€
bei Bankinstitut und Kontonummer (Bank 2)			
Kontostand:	€	€	€
Bestehen noch weitere Konten oder Schließfächer ? Bitte Bankinstitut(e) angeben			
Vorhandenes Bargeld	€	€	€
Haus und Grundbesitz im In- und Ausland Grundbuchauszug	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden: _____
Vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte: (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege) Vertrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____
Spar- und Bausparverträge Vertrag und aktueller Kontoauszug/Nachweis über aktuell angesparte Beträge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Lebensversicherung Police und aktueller Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Rentenversicherung Police und aktueller Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Sterbegeldversicherung/ Bestattungsvorsorgevertrag Police	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
Kraftfahrzeug Zulassungsbescheinigung (Teil 1)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____
Sonstige Vermögenswerte (z.B. Wertpapiere, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen, Antiquitäten usw.) Nachweise (z.B. Verträge, Wertgutachten)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Wurden Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt? (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) Bitte entsprechenden Vertrag oder sonst. Nachweise vorlegen → Wenn ja Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger (ggf. auf Beiblatt):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ _____ _____
VIII. Zusätzlicher Mehrbedarf			
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G? Schwerbehindertenausweis oder -Bescheid	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie voll erwerbsgemindert im Sinne der Rentenversicherung? Gutachten des Rentenversicherungsträgers bzw. Rentenbescheid	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie schwanger? Mutterpass	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Benötigen Sie aufgrund einer Krankheit eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
IX. Nicht geklärte Ansprüche:			
Glauben Sie, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen Sie noch keine Leistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Opferentschädigung <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____ Wann und wo wurde ein Antrag gestellt? _____

	Person 3	Person 4	Person 5																																										
X. Aktuelle Arbeitsverhältnisse:																																													
Art der Tätigkeit																																													
Seit																																													
Name u. Anschrift des Arbeitgebers																																													
XI. Versicherungen																																													
A) Derzeit Mitglied bei welcher Krankenkasse? B) Falls Sie derzeit nicht krankenversichert sind: <u>Wo und bis wann</u> waren Sie <u>zuletzt</u> versichert? C) Bitte <u>Name und Anschrift der Krankenkasse</u> angeben.	A) B) C)	A) B) C)																																											
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Private Krankenversich. Mtl. Beitrag: _____ €	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Private Krankenversich. Mtl. Beitrag: _____ €	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> familienversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedsch. <input type="checkbox"/> Private Krankenvers. Mtl. Beitrag: _____ €																																										
Besteht Rentenanspruch? Ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____																																										
Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden?	wann: warum:	wann: warum:	wann: warum:																																										
Haben Sie freiwillige Beiträge in die Rentenversicherung einbezahlt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Für die Zeit von – bis: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Für die Zeit von – bis: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Für die Zeit von – bis: _____																																										
Erhalten Sie Pflegeleistungen der Pflegekasse? Welcher Pflegegrad wurde festgestellt? Wurden Pflegeleistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: wann: _____																																										
Versicherungen: Haftpflichtversicherung Hausratversicherung Glasversicherung Unfallversicherung KFZ-Versicherung sonst. Versicherung: _____	Bitte Policen und aktuelle Beitragsabrechnungen beilegen <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vers. Gesellschaft</th> <th>Beitrag jährl.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.													<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vers. Gesellschaft</th> <th>Beitrag jährl.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.													<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vers. Gesellschaft</th> <th>Beitrag jährl.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.												
Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.																																												
Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.																																												
Vers. Gesellschaft	Beitrag jährl.																																												
XII. Sonstiges																																													
Schulden: In welcher Höhe und bei wem?																																													
Wann, woher und aus welchem Grund sind Sie in den Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen zugezogen?																																													
Wenn nicht in Deutschland geboren: → Jahr des Grenzübertrittes																																													
Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach dem SGB IX? z.B. betreutes Einzelwohnen, Fahrdienst für behinderte Menschen																																													
Bei Heim- oder Einrichtungsunterbringung (Aufnahme in ein Heim oder eine Einrichtung): → Wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt?																																													
Bei Entlassung aus einem Heim oder einer Einrichtung: → Wo und bis wann war der Hilfesuchende in einem Heim oder einer Einrichtung? → Wo haben Sie in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt?																																													

Erklärung des Antragstellers und seines Ehegatten/Partners in der eheähnlichen Gemeinschaft/Partners in der eingetragenen Lebensgemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe.
Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende und dauerhafte Abwesenheit vom Wohnort, Umzug, Krankenhausaufenthalt usw. - auch von Haushaltsangehörigen - unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KfürsV erteilt. Damit stimme ich zu, dass Leistungen der Kriegsopferfürsorge von Amts wegen an mich geleitet werden können.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter	Unterschrift des Ehegatten/ Partners in der eheähnlichen Gemeinschaft/ Partners in eingetragenen Lebensgemeinschaft
------------	---	---

Bitte Hinweisblatt durchlesen und unterschrieben dem Antrag beilegen.

Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung? Nein Ja

Name und Anschrift des Betreuers:

Bitte Betreuerausweis beilegen; - der Betreuer muss den Antrag unterschreiben! -

Stand: 30.03.2023