

Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)

Magistrat der Stadt Bremerhaven
Sozialamt

Hinrich-Schmalfeldt-Straße
27576 Bremerhaven



Stadthaus 4, EG und 1. Etage

Öffnungszeiten:
montags: 9 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr
mittwochs und freitags: 9 - 12 Uhr

sowie nach telefonischer Vereinbarung

Hinweis:

Um über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB XII. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung an diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden!

1.1 Angaben zu persönlichen Verhältnissen als Antragsteller(in) 1. Person

P 1

Familienname:		ggf. Geburtsname:	
ggf. Name aus früheren Ehen:		Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):	Geburtsort:	Rentenversicherungs-Nr.:	
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit:			Datum (TT.MM.JJJJ):
Stellung als Haushaltsvorstand: Tragen Sie (1. Person) die überwiegenden Kosten des Haushaltes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Staatsangehörigkeit:		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern):	

Name Betreuer(in):

Anschrift Betreuer(in) – Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, ggf. Tel.-Nr.:

Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil:

Leben Sie in einer stationären Einrichtung z.B. Heim, Krankenhaus? – wenn ja: wo?

nein ja

Wo war vor der stationären Einweisung Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort?

Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten?

nein ja von wem:

bis wann:

Datum (TT.MM.JJJJ):

1.2 Unterhalt Angaben für 1. Person

P 1

Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen ab 100.000 € jährlich?

nein ja

Wenn ja: Name und Anschrift der Eltern /des Kindes:

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten /Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?

auf Unterhalt wurde verzichtet ja, Unterhalt wird bereits gezahlt ja, Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht

ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert

(vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)

nein, Grund:

Falls ja: Familienname, Vorname des /der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Ehegattin /Partners oder Partnerin:

Anschrift – Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon-Nr.):

Geburtsdatum(TT.MM.JJJJ):

Geburtsort:

Jährliches Einkommen in €:



3.2 Heizkosten – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

Art der Beheizung	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> sonstige Art	Höhe der mtl. Kosten in €	
Kosten für Kochenergie (z.B. Gas) darin enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Höhe in €	
Kosten für Warmwasserbereitung darin enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Höhe in €	

3.3 Haus- /Wohnungseigentum **Hinweis:** Soweit Sie Haus- /Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!**3.4 Mehrbedarf 1. Person** **P 1**

Schwerbehindertenausweis? (Ausweiskopie beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	falls ja, gültig bis (TT.MM.JJJJ):	
Merkzeichen G oder aG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bemerkungen:	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	falls ja, welche Schwangerschaftswoche? (Schwangerschaftswoche nachweisen!)	
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hinweis: Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf einem separaten Blatt angeben!	
Ist für Sie krankheits- oder behinderungsbedingt eine kostenaufwendige Ernährung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ärztliche Bescheinigung beifügen!	

3.4 Mehrbedarf 2. Person **P 2**

Schwerbehindertenausweis? (Ausweiskopie beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	falls ja, gültig bis (TT.MM.JJJJ):	
Merkzeichen G oder aG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bemerkungen:	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	falls ja, welche Schwangerschaftswoche? (Schwangerschaftswoche nachweisen!)	
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hinweis: Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf einem separaten Blatt angeben!	
Ist für Sie krankheits- oder behinderungsbedingt eine kostenaufwendige Ernährung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ärztliche Bescheinigung beifügen!	

3.5 Kranken- /Pflegeversicherung 1. Person **P 1**

Wo sind Sie versichert?	Höhe monatlicher Beitrag in €:	
-------------------------	--------------------------------	--

3.5 Kranken- /Pflegeversicherung 2. Person **P 2**

Wo sind Sie versichert?	Höhe monatlicher Beitrag in €:	
-------------------------	--------------------------------	--

3.6 Zusatzbedarf 1. Person **P 1**

Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bei welchen hauswirtschaftlichen Verrichtungen und in welchem Umfang wird Hilfe benötigt? Die hierfür notwendigen Einzelkosten in € bitte in der Reihenfolge der angegebenen Hilfen jeweils in Klammern mit angeben!
		Gesamtkosten in €

3.6 Zusatzbedarf 2. Person **P 2**

Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bei welchen hauswirtschaftlichen Verrichtungen und in welchem Umfang wird Hilfe benötigt? Die hierfür notwendigen Einzelkosten in € bitte in der Reihenfolge der angegebenen Hilfen jeweils in Klammern mit angeben!
		Gesamtkosten in €

3.7 Einmaliger Bedarf 1. Person **P 1**

Benötigen Sie Leistungen zur Erstaussstattung für Wohnung o. Bekleidung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für:	
--	---	--

3.7 Einmaliger Bedarf 2. Person **P 2**

Benötigen Sie Leistungen zur Erstaussstattung für Wohnung o. Bekleidung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für:	
--	---	--

3.8 Besonderer Bedarf 1. Person – Darlehen für Mietrückstände oder besondere Notlagen **P 1**

Beantragen Sie derartige Leistungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für:	
--------------------------------------	---	--

3.8 Besonderer Bedarf 2. Person – Darlehen für Mietrückstände oder besondere Notlagen **P 2**

Beantragen Sie derartige Leistungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für:	
--------------------------------------	---	--

4. Einkommen (Bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate

	1. Person			P 1	2. Person			P 2
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Einkommen *) nicht monatliche Beträge bitte jeweils mit Kreuz kennzeichnen	1.	Zahlung beantragt am:	*)	mtl. Betrag in €	1.	Zahlung beantragt am:	*)	mtl. Betrag in €
	2.	Stand des Verfahrens:			2.	Stand des Verfahrens:		
	3.	Aktenzeichen:			3.	Aktenzeichen:		
Nichtselbständige Tätigkeit **)	1.				1.			
**) z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt durch Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)								
Gewerbebetrieb	1.				1.			
Land- und Forstwirtschaft	1.				1.			
Sonstige selbständige Tätigkeit	1.				1.			
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben)	1.				1.			
Leistung der Krankenkasse (einschließlich Arbeitgeberzuschuss)	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Wohngeld / Lastenzuschuss	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Renten / Pensionen (Rente wegen Erwerbsminderung, Alter, Unfall; landwirtschaftliches Altersgeld; Witwen- o. Waisenrente; Kinderzuschuss/-zulage; Pflegegeld zur Rente; Werksrente;...)	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Leistungen der Arbeitsförderung nach SGB III (z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag)	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ausbildungsförderungen	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Unterhalt	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Steuererstattungen	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			



	1. Person			P 1	2. Person			P 2
Guthaben aus Abrechnungen	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			
Sonstige Einkünfte	1.				1.			
	2.				2.			
	3.				3.			

5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziffer 4 berücksichtigt) **(Bitte Nachweise beifügen!)**

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ausgaben:	Monatlicher Betrag in €:		Monatlicher Betrag in €:	
Steuern auf das Einkommen				
Sozialversicherungsbeiträge				
Haftpflichtversicherung				
Hausratversicherung				
Altersvorsorgebeiträge				
Sterbeversicherung				
Aufwendungen für Arbeitsmittel				
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen				
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle in km				
Kosten öffentliche Verkehrsmittel				
bei Nutzung eines Kfz:	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> Motorrad	<input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Art des Vermögens:	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert
Bargeld				
Bank- /Sparguthaben einschl. vermögenswirksamer Leistungen				
Wertpapiere /Aktien				
Forderungen				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert + Überschussanteil)				
Hauseigentum				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Ansprüche aus Übertragsverträgen (Wohn-,Altenteilsrecht, Nießbrauch)				
Sonstige Vermögen				

7. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen? (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag	<input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag
	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde
	Datum (MMJJJJ):	Datum (MMJJJJ):
	in welcher Höhe (€):	in welcher Höhe (€):
Ergänzungen zu Pkt. 7.		



