

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

für Leistungen nach dem SGB XII
für Leistungen nach dem AsylbLG

Magistrat der Stadt Bremerhaven
Sozialamt

Hinrich-Schmalfeldt-Straße
27576 Bremerhaven



SEESTADT
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 nach § 67a Sozialgesetzbuch, 10. Buch (SGB X):

Die mit diesem Antrag erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben.

1. Antragstellerin/Antragsteller

Familiename		ggf. Geburtsname		Person P 1
ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname		Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit(en)		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)		
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort	
Schulabschluss	erlernter Beruf	momentan ausgeübte(r) Beruf(e)		arbeitslos seit:
Familienstand ledig verheiratet in eingetragener Lebensgemeinschaft getrennt lebend geschieden verwitwet seit:				Datum (TT.MM.JJJJ)
Stellung im Haushalt Haushaltsvorstand Haushaltsangehörige(r)		falls zutreffend: Betreuer(in) - (Name, Anschrift)		
Betreuerin/Betreuer - Name, Anschrift				
Telefon-/Handy-Nr. (Angabe freiwillig)			Steuer-Identifikationsnummer (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)				

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung in %	
Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan: nein ja Merkmal: G aG H			

Zusätzliche Angaben bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten

Datum des Gerichtsurteils	Name des Gerichtes		
Geschäftszeichen	Rechtskraft ab (Datum)	Unterhaltsregelung/Versorgungsausgleich	

2. Familienangehörige der Antragstellerin/des Antragstellers

2.1 die folgenden Angaben beziehen sich auf: - den Vater (nur bei unverheirateten Minderjährigen)
- die Ehegattin/den Ehegatten; die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (nur sofern nicht getrennt lebend)

Familiename		ggf. Geburtsname		Person P 2
ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit(en)		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)		
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort	
Schulabschluss	erlernter Beruf	momentan ausgeübte(r) Beruf(e)		arbeitslos seit:

Telefon-/Handy-Nr. (Angabe freiwillig)		Steuer-Identifikationsnummer (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			
Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten			
Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung in %	
Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan: nein ja Merkmal: G aG H			
2.2 Mutter der Antragstellerin/des Antragstellers (nur bei unverheirateten Minderjährigen)			
Familiennamen		ggf. Geburtsname	Person P 3
ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit(en)		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schulabschluss	erlernter Beruf	momentan ausgeübte(r) Beruf(e)	arbeitslos seit:
Telefon-/Handy-Nr. (Angabe freiwillig)		Steuer-Identifikationsnummer (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			
Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten			
Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes vom:		Grad der Behinderung in %	
Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan: nein ja			
2.3 Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft			
Familiennamen		ggf. Geburtsname	Person P 4
ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit(en)		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schulabschluss	erlernter Beruf	momentan ausgeübte(r) Beruf(e)	arbeitslos seit:
Familiennamen		ggf. Geburtsname	Person P 5
ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit(en)		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schulabschluss	erlernter Beruf	momentan ausgeübte(r) Beruf(e)	arbeitslos seit:
Familiennamen		ggf. Geburtsname	Person P 6
ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit(en)		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schulabschluss	erlernter Beruf	momentan ausgeübte(r) Beruf(e)	arbeitslos seit:

Familiename		ggf. Geburtsname		Person P 7
ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname		Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit(en)			aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort	
Schulabschluss	erlernter Beruf	momentan ausgeübte(r) Beruf(e)		arbeitslos seit:

3. Einkommen aller Personen in der Hausgemeinschaft und ggf. absetzbare Beträge

Bitte tragen Sie für alle unter 2. aufgeführten Personen in die Spalte Einkommenskennziffer die entsprechende Zahl ein:

Arbeitseinkommen/Kapitalvermögen/Vermietungen/Verpachtungen usw.

- 1.1 = Nichtselbständige Arbeit (Nettoerwerbseinkommen)
- 1.2 = Krankengeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss)
- 2 = Land- und Forstwirtschaft
- 3 = Gewerbebetrieb
- 4 = sonstige selbständige Tätigkeit
- 5 = Kapitalvermögen
- 6 = Vermietung/Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung)

Renten

- 7.1 = Berufsunfähigkeitsrente
- 7.2 = Erwerbsunfähigkeitsrente
- 7.3 = Altersruhegeld
- 7.4 = Unfallrente
- 7.5 = Landwirtschaftliches Altersgeld
- 7.6 = Witwenrente
- 7.7 = Waisenrente
- 7.8 = Erziehungsrente
- 7.9 = Kinderzuschuss/-zulage zu 7.1 . 7.4
- 7.10= Pflegegeld zu 7.4
- 8 = Werksrente
- 9.1 = Sonstige Renten und Pensionen ohne Kinderzuschuss/-zulage
- 9.2 = Kindererziehungsleistung

Leistungen nach dem BVG

- 10.1 = Grundrente
- 10.2 = Sonstige (ggf. erläutern)

Leistungen nach dem LAG

- 11.1 = Unterhaltshilfe
- 11.2 = Pflegegeld
- 11.3 = Entschädigungssumme

Leistungen nach dem SGB III

- 12 = Arbeitslosengeld
- 13 = Kindergeld
- 14 = Unterhaltsleistungen nach UVG
- 15 = Ausbildungs-, Erziehungsbeihilfen
- 17 = Unterhaltsbeiträge
- 18 = Leistungen nach dem Blinden- und Gehörlosengesetz
- 19 = Steuererstattung
- 20 = sonstige Einkünfte

Einkommensabsetzungen

- 21 = Einkommenssteuer und Sozialversicherungsbeiträge
- 22 = Hausrat- und/oder Haftpflichtversicherung
- 23 = Altersvorsorgebeiträge und/oder Sterbeversicherung
- 24 = Arbeitsmittel, Fahrtkosten und/oder Beiträge für Berufsverbände

Person aus 2.	Einkommens-Kennziffer(n)	Betrag in "	Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer)
P 1			
P 2			
P 3			
P 4			
P 5			
P 6			
P 7			

4. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII)

Bitte tragen Sie für alle unter 2. aufgeführten Personen in die Spalte Kennziffer die entsprechende Zahl ein:

- 30 = Bargeld
- 31 = Bank-/Sparguthaben/Guthaben auf Girokonto
- 32 = Wertpapiere/Bausparguthaben einschl. vermögenswirksame Leistungen
- 33 = Forderungen
- 34 = Lebensversicherung (Rücklaufwert)

- 35 = Hauseigentum
- 36 = sonstiger Grundbesitz
- 37 = KFZ
- 38 = sonstiges Vermögen

Person aus 2.	Kennziffer(n)	Nähere Beschreibung	Betrag in "
P 1			
P 2			
P 3			
P 4			
P 5			
P 6			
P 7			

Wurde vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögen auf andere Personen übertragen? nein ja
(z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)

Jahr/Vermögensart/Wert

5. Unterkunft/Heizung (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung)

5.1 Allgemeines/Kosten			Betrag in " :		
Kaltmiete:					
Nebenkosten (soweit nicht in Miete enthalten) z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung:					
Kosten der Unterkunft monatlich:					
Erhalten Sie Wohngeld?	nein	ja, seit:	Datum (TT,MM,JJJJ)	in Höhe von monatlich:	
Wohnfläche in qm:		Anzahl der Räume:			
davon sind untervermietet:				Raum/Räume möbliert	
				Raum/Räume unmöbliert	
Heizungsart ?	Zentralheizung	Einzelöfen			
Energieart?	Kohle	Öl	Gas	Nachtstrom	Haushaltsstrom Fernwärme
darin Kochfeuer enthalten?	nein	ja			
Energiepauschale	Betrag in "		ohne Warmwasserbereitstellung mit Warmwasserbereitstellung		
Empfänger (auch Kundennummer)					

5.2 Vermieterin/Vermieter

Name		Vorname		Geschäftszeichen	
Straße, Hausnummer			PLZ	Ort	
Zusätze/Bemerkungen					

6. Kranken-/Pflegeversicherung

Person aus 2.	Versicherungs- oder Leistungsträger (genaue Anschrift)
P 1	
P 2	
P 3	
P 4	
P 5	
P 6	
P 7	

Person aus 2.	Versicherungsnummer	Art der Versicherung	Mitgliedschaft bestand/besteht bis (TT.MM.JJJJ)	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)
P 1		Pflicht freiwillig privat		
P 2		Pflicht freiwillig privat		
P 3		Pflicht freiwillig privat		
P 4		Pflicht freiwillig privat		
P 5		Pflicht freiwillig privat		
P 6		Pflicht freiwillig privat		
P 7		Pflicht freiwillig privat		

7. Sonstige Ansprüche (sofern nicht bereits unter Nummer 3 und 4 aufgeführt)

Bitte tragen Sie in die Spalte **Kennziffer(n)** die entsprechende Zahl ein:

- | | |
|--|---|
| 60 = Rentenversicherung | nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) |
| 61 = Krankenversicherung | 65 = Kriegsbeschädigung |
| 62 = Pflegeversicherung | 66 = sonstige Berechtigung, z.B. Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten |
| nach dem SGB III
Arbeitsförderung | 67 = Lebens- und Sterbeversicherung |
| 63 = Arbeitslosengeld/-hilfe | 68 = sonstige Ansprüche:
z.B. LAG-Leistungen, Entschädigungsrente (BEG), Häftlingshilfe, Beihilfeansprüche,
Lohnforderung, Unterhaltsversicherung, Kindergeld, Erbansprüche,
Schadenersatzansprüche, Versorgungsausgleich, BAföG, Vertraglicher Anspruch,
Unterhaltsvorschussleistungen |
| 64 = sonstiger Anspruch | |

Person aus 2.	Kennziffer(n)	Versicherungs- oder Leistungsträger: (genaue Anschrift)/Aktenzeichen
P 1		
P 2		
P 3		
P 4		
P 5		
P 6		
P 7		

Person aus 2.	Bemerkungen: z.B. Art des Anspruchs, Versicherungssumme, Fälligkeitstag	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)	Sonstiges z.B. Ablehnung des Antrages
P 1			
P 2			
P 3			
P 4			
P 5			
P 6			
P 7			

8. Angehörige der/des Hilfesuchenden außerhalb der Hausgemeinschaft

(z.B. Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten)

lfd. Nr.	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Hilfesuchenden
1				
2				
3				
4				

zu 8. (Fortsetzung entsprechend laufender Nummerierung 1 - 4)

lfd. Nr.	Familienstand	minderjährige Kinder - Zahl	zur Zeit ausgeübte Tätigkeit und Anschrift
1			
2			
3			
4			

9. Zusätzliche Angaben bei Kindern nicht miteinander verheirateter Eltern

lfd. Nr.	Familienname, Vorname des Kindes	Familienname, Vorname und Anschrift des Vaters
1		
2		
3		
4		

lfd. Nr.	Vaterschaft anerkannt vor/ festgestellt durch/am:	bei Unterhaltsbeistandschaft wo?	festgesetzter monatlicher Unterhalt Betrag in "	Zahlungsbeginn
1				
2				
3				
4				

10. Aufenthaltsverhältnisse der/des Hilfesuchenden

Sind Sie zugezogen? nein ja

Datum des Zuzugs	vorheriger Wohnort	Grund
------------------	--------------------	-------

Haben Sie schon einmal Sozialhilfe bezogen? nein ja

Sozialamt		Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Datum Ende der Zahlung	Telefon (sofern bekannt)	Fax (sofern bekannt)	
E-Mail (sofern bekannt)			

Bei stationärer Unterbringung, Heimunterbringung oder Unterbringung Minderjähriger in einer anderen Familie**Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Anstaltsaufnahme):**

Zeitraum (von . bis)	Art der Einrichtung
Name der Einrichtung, Ort (ggf. auch Uhrzeiten u.ä.)	
Zeitraum (von . bis)	Art der Einrichtung
Name der Einrichtung, Ort (ggf. auch Uhrzeiten u.ä.) und Datum der Entlassung (nur sofern Sie nicht mehr in der Anstalt leben in TT.MM.JJJJ)	

Kostenträger des letzten Anstaltsaufenthaltes:

Kostenträger	Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter
Straße, Hausnummer	Anschrift (PLZ, Ort)
Telefon (sofern bekannt)	Fax (sofern bekannt)
E-Mail (sofern bekannt)	

11. Bei Zuzug einer/eines außerhalb des Geltungsbereiches des SGB XII geborenen Hilfesuchenden aus dem Ausland

(TT.MM.JJJJ) des Übertritts	Ort des Übertritts
Familienmitglied (Ehegattin/Ehegatte, Verwandte, Verschwägerte), welches nicht im Geltungsbereich des SGB XII geboren ist und mit der/dem Hilfesuchenden bei Eintritt des Bedarfs an Sozialhilfe zusammenlebt: Name, Vorname, Geburtstag und Ort, personenstandsrechtliches Verhältnis zur/zum Hilfesuchenden	

12. Durch Kriegereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand

13. Angaben zum Geldinstitut der/des Antragstellenden für eventuell zu gewährende Geldleistungen

IBAN Geldinstitut der /des Antragstellenden . (in Deutschland 22 Stellen ; international max. 27 Stellen)	
BIC (SWIFT-Code) Geldinstitut der/des Antragstellenden . (max. 11 Stellen)	
Name und Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers	
Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers (nur ausfüllen, wenn die Kontoinhaberin/der Kontoinhaber nicht die Antragstellerin/der Antragsteller ist)	

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegebenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauf folgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhaus- und Auslandsaufenthalte), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Mir ist bekannt, dass das Sozialamt berechtigt ist, einen Datenabgleich mit anderen Stellen vorzunehmen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise zu den Antragsangaben sind diesem Antrag beizufügen.

Bremerhaven, den	Zum Antrag gehören insgesamt	Anlagen.
_____	_____	
(TT.MM.JJJJ)	Unterschrift	