

Hinweise:
 Um sachgerecht 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.
 Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 7 zu unterschreiben.
 Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.
 Wenn Sie vorsätzlich falsche oder unvollständige Angaben im Antragsvordruck tätigen, machen Sie sich strafbar. Ein Betrug oder auch Betrugsversuch wird strafrechtlich verfolgt und mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe geahndet.
 Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 67 bis 78 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).
 Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.
 Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe
Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
Rentenversicherungs-Nr.		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit _____
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status		
Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Betreuer(in) (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)		
Anschrift des / der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil		
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:
Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?



Antragsteller(in):	Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	Az: Seite 2
--------------------	---	---

2. Familienverhältnisse

Außer der nachfragenden Person und seinem Ehegatten / Partner der eheähnlichen Gemeinschaft / Lebenspartner leben noch im gemeinsamen Haushalt: z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte (Bei mehr als 4 Personen bitte Beiblatt verwenden.)

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtl. Status				
Beschäftigung				
Arbeitgeber				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt für behinderte Menschen, Tagesstätte)				

3. Unterhalt		nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?	Elternteil: Elternteil: Kind 1: Kind 2: weitere Kinder:	Elternteil: Elternteil: Kind 1: Kind 2: weitere Kinder:

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)
	Falls ja: Familienname, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten / Partners	
Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
jährliches Einkommen in Euro des / der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin		



Antragsteller(in):	Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	Seite 3 Az:
--------------------	---	----------------

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

4.1 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung leben! -

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	Baujahr des Hauses:
Leben Sie mit folgenden engen Verwandten gemeinsam in der Wohnung?		einem oder beiden Elternteilen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		volljähriges Geschwisterkind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Eigenes volljähriges Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		falls ja: ist einer von diesen Mieter oder Eigentümer der Wohnung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leben Sie in einer Wohngemeinschaft?				
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten):				EUR
davon Kaltmiete:				EUR
Nebenkosten:				EUR
Wenn Sie einen eigenen, gesonderten Mietvertrag haben: Gesamtkosten , die Sie für die Unterkunft tragen müssen:				EUR
davon Kaltmiete:				EUR
Nebenkosten:				EUR
Enthalten die oben genannten Beträge		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für Haushaltsstrom?				
- Kosten für Warmwasserbereitung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für Schönheitsreparaturen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
falls ja: Zählen Sie den Fernsehempfang über Kabel zu Ihren persönlichen Bedürfnissen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Höhe der Einnahmen aus Untervermietung in Euro:		<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten:				(Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)

4.2 Heizkosten - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung leben! -

Höhe der monatlichen Kosten in Euro:	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
Enthalten die oben genannten Beträge		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR			
- Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z. B. Gas)							
- Kosten für Warmwasserbereitung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR			

4.3 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die in der "besonderen Wohnform" (ehemals stationäre Einrichtung) leben! -

Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum:	<input type="checkbox"/> 1 Person	<input type="checkbox"/> 2 Personen
Gesamtkosten der Unterkunft:		EUR
davon Grundmiete:		EUR
Zuschläge insgesamt:		EUR
Zuschlag für Möblierung des persönlichen Wohnraums	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Wohn- und Wohnnebenkosten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Haushaltsstrom, die Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten und den Gemeinschaftsräumen und für die Ausstattung mit Haushalts Großgeräten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Gebühren für Kommunikation und den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR
Hinweise zu Besonderheiten der Einrichtung und zu den Unterkunftskosten:		(Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)



Antragsteller(in):	Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	Az: Seite 4
--------------------	---	---

4.4 Haus- / Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus- / Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!

4.5 Mehrbedarf	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis? (Ggf. Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____
	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft? (Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!)	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für behinderte Menschen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.6 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Wo sind Sie krankenversichert?	Name der Krankenkasse: _____	Name der Krankenkasse: _____
	Mitglied seit: _____ Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung	Mitglied seit: _____ Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung
Höhe des mtl. Beitrags		
Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?	Name der Krankenkasse: _____	Name der Krankenkasse: _____
	Mitglied von: _____ bis: _____	Mitglied von: _____ bis: _____

4.7 Persönliche Situation

Wünschen Sie Beratung und Unterstützung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	falls ja: Zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation?	falls ja: Zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation?



Antragsteller(in):	Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	Seite 5 Az:
--------------------	---	----------------

5. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen! - z. B. Steuer-, Renten-, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

	1. Person		2. Person	
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einkommen	monatlicher Betrag <u>Nicht</u> monatliche Betrags- angaben bitte kennzeichnen!	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	monatlicher Betrag <u>Nicht</u> monatliche Betrags- angaben bitte kennzeichnen!	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbständige Tätigkeit (z. B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)				
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzu- schuss)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 4.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbsmin- derung, Alter, Unfall, landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzu- schuss / -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente o. ä.)				
Ausländische Renten / Pensionen oder Rentenansprüche				
Wurden zu einer Rente / Pension von Ihnen bzw. Arbeitgeber/n freiwillige Beiträge entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen	
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz				
Leistungen nach dem Bundes- versorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes (z. B. Unter- haltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
Leistungen der Grundsiche- rung für Arbeitsuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsför- derung (SGB III, z. B. Arbeits- losengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Kinder- zuschlag)				
Wird entsprechendes Einkom- men an Kinder weiter- gegeben?	Betrag _____ <input type="checkbox"/> nein		Betrag _____ <input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeld- berechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Ein- kommen erbringt)				
privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)				
Guthaben aus Abrechnungen				
sonstige Einkünfte aus dem In- und Ausland				



Antragsteller(in):	Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	Seite 6 Az:
--------------------	---	----------------

6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

	1. Person	2. Person
keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Sterbeversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Kosten öffentl. 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

7. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland (Bitte Nachweise beifügen!)

	1. Person	2. Person		
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 inkl. Überschussanteil nachweisen)				
Patentrechtliche Vermögenspositionen				
Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen)				
Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen / Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)				
Kraftfahrzeug(e)				
staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)				
sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
sonstiges Vermögen im In- und Ausland				



Antragsteller(in):	Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	Seite 7 Az:
--------------------	---	----------------

8. Vermögensübertragungen

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

9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie jemals im Ausland gelebt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	falls ja: Zeitraum: _____ Wohnort: _____		falls ja: Zeitraum: _____ Wohnort: _____	
	Waren Sie erwerbstätig? (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber.)		Waren Sie erwerbstätig? (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber.)	

10. Eventuell zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

IBAN (internationale Bankkontonummer), Name des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers

Erklärung

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 3. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum

1. Person	Unterschrift
-----------	--------------

2. Person	Unterschrift
-----------	--------------



Wichtiger Hinweis:

Aufgrund einer Gesetzesänderung können Sie bei längeren Auslandsaufenthalten ab **01.07.2017** - während Ihres Auslandsaufenthalts - Grundsicherungsleistungen nur noch für die Dauer der ersten vier Wochen erhalten. Für Zeiten über diese vier Wochen hinaus, entfällt der Anspruch auf Grundsicherungsleistung bis zu Ihrer nachgewiesenen Rückkehr aus dem Ausland.

Als Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind Sie gemäß § 60 SGB I verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Des Weiteren sind Sie verpflichtet, jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, die für die Leistung erheblich oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, dem Amt für Soziales und Wohnen unverzüglich und ohne Aufforderung mitzuteilen.

Dies bedeutet, dass Sie verpflichtet sind, Auslandsaufenthalte, die ab dem 01.07.2017 erfolgen und welche einen Zeitraum von vier Wochen überschreiten unaufgefordert mitzuteilen.

Auslandsaufenthalte, die vor dem 01.07.2017 begonnen haben, sind ebenfalls mitzuteilen, wenn sie nach Überschreiten des 01.07.2017, gerechnet ab 01.07.2017, weiterhin einen Zeitraum von vier Wochen überschreiten.

Im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflichten, ist die Rückkunft im Inland von Ihnen zu belegen. Als Nachweis können z.B. Buchungsunterlagen, Flugtickets, Bus-/Bahnfahrkarten, Stempel im Reisepass, Tankquittungen oder aber Ihre persönliche Vorsprache im Amt für Soziales und Wohnen dienen.

Ortsabwesenheiten innerhalb Deutschlands sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Gesetzestext ab 01.07.2017:

§ 41a SGB XII
Vorübergehender Auslandsaufenthalt

Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen.

Bitte vergessen Sie nicht den Antrag zu unterschreiben!

