

Ausgegeben  
am:

**Art der Hilfe**

- Hilfe zum Lebensunterhalt  Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe nach Kap. 5 - 9 SGB XII
  - Hilfe bei Krankheit
  - Hilfe zur Pflege
  - Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten

Eingang bei BMA  
am:

Nähere Begründung des Antrages/Ursache der Notlage

**Der/Die Antragsteller/in ist**

- Durch Kriegseinwirkung / durch Gewalttat / durch Impfschaden Beschädigte/r oder Hinterbliebene/r
- Ausländer/in (bitte Nachweis zum Aufenthaltsstatus beifügen)

**Hinweis:**

Um sachgerecht über den Antrag entscheiden zu können, benötigen wir Informationen und Nachweise. Wir bitten Sie, den Antrag sorgfältig auszufüllen und nicht Zutreffendes erkennbar zu streichen. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

**I. Persönliche Verhältnisse**

	Antragsteller/in	Ehegatte / Partner/in	
		Bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden hier Angaben über die Eltern	
		Vater	Mutter
Name			
Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Telefon-Nr.			
Wohnort, Ortsteil			
Straße, Haus-Nr.			
Giro-/Sparkonto-Nummer bei			
IBAN:			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:
erwerbsbeschränkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. warum			
Grad der Behinderung in %			

31-300 (01.2020)

	<b>Antragsteller/in</b>	<b>Ehegatte/Partner/in</b> ggfs. Vater	ggfs. Mutter
Rentenversicherungsnummer			
Staatsangehörigkeit/en			
Betreuer/in - Kopie der Bestellsurkunde beifügen			
Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)			

**II. Familienverhältnisse:** Außer dem/der Antragsteller/in und seinem/ihrer Ehegatten leben noch in deren Haushalt:

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Name (ggf. auch Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in			
Beruf			
Arbeitgeber oder Art der Rente bei Schulbesuch (Klasse, Schulart)			
Spar- und Bankguthaben			
Haus- und Grundbesitz - auch im Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonst. Vermögenswerte und zwar:			
Höhe des Einkommens (mtl. netto)	EUR	EUR	EUR

**Falls der/die Antragsteller/in ein nichteheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Nr. II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:**

Name des Kindes	
Name und Anschrift des Vaters bzw. der Mutter	
Festgesetzter Unterhalt pro Monat	
Unterhalt festgesetzt am (Datum) Urteil, Anerkenntnis, von wem ?	
In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich mtl. geleistet ?	

### III. Einkommensverhältnisse der Antragstellenden und der im Haushalt lebenden Personen

(Bitte Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte beifügen)

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antragsteller/in	Ehegatte / Lebenspartn.	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 1 Nr. II)		
	EUR	EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR	zu Nr. 3 EUR
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters (ALG II)					
Arbeitnehmertätigkeit (Lohn, Gehalt)					
Selbstständige Tätigkeit					
Kindergeld					
Wohngeld					
<b>Renten aus der Sozialversicherung</b>					
<input type="checkbox"/> Altersruhegeld					
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente					
<input type="checkbox"/> Unfallrente					
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente					
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente					
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente					
<input type="checkbox"/> ausländische Renten					
<input type="checkbox"/> Renten n. d. BVG; (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente) falls ja, bitte Teil XI. ausfüllen					
<input type="checkbox"/> Betriebsrenten / Zusatzrenten / Private Renten					
Lastenausgleich					
<input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe					
<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente					
Krankenversicherung (Krankengeld)					
Miet-/Pachteinnahmen, Kapitalertrag					
Unterhaltszahlungen (von Angehörigen) - Steuererstattungen					
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit					
Sonstige Einnahmen					
Art: _____					

**IV. Arbeitsverhältnisse - auch frühere – auch im Ausland – Arbeitslosigkeit – Krankenversich.**

Tätigkeit - auch im Ausland	Antragsteller/in	Ehegatte/Partner
Dauer von ... bis ...		
Name und Anschrift des Arbeitgebers		

**Fahrtkosten zum Arbeitsplatz/Sonstige Aufwendungen**

Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln mtl.	_____ EUR	_____ EUR
PKW einfache Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsstelle	_____ km	_____ km
Sonstiges		

**Angaben bei Arbeitslosigkeit:**

Wurden bei der Agentur für Arbeit / beim Jobcenter Leistungen beantragt?

 ja, bei der Agentur für Arbeit /beim Jobcenter in \_\_\_\_\_ nein

Kunden-Nr. / BG-Nr. der Agentur für Arbeit / des Jobcenters: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankenversicherung/Pflegeversicherung (bitte Nachweise beifügen)**

Derzeit Mitglied bei einer Krankenkasse? <input type="checkbox"/> ja, bei _____ Versicherungs-Nr. _____ <input type="checkbox"/> nein Krankenversichert als <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Familienversichert bei _____ Monatsbeitrag _____ EUR
Derzeit Mitglied welcher Pflegekasse? (genaue Anschrift) _____ Monatsbeitrag _____ EUR Familienversichert bei _____ Beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche bei _____

**V. Wohnverhältnisse – bitte Nachweise beifügen**

Die/Der Antragsteller/in ist <input type="checkbox"/> Mieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in bei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert
Eigentümer/in eines/einer <input type="checkbox"/> Einfamilienhauses <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhauses
Die/Der Antragsteller/in lebt mit anderen, als den in Teil II <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit _____ angegebenen Personen, in Haushaltsgemeinschaft
Den Mietvertrag haben abgeschlossen _____
Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Mietschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit _____ EUR seit _____
Wurde Räumungsklage eingereicht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Beschaffenheit der Wohnung: die (ausschließlich zu Wohnzwecken) genutzte Wohnung umfasst**

Gesamtfläche in m <sup>2</sup> .....	Zahl der Wohnräume .....	Untervermietet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, davon ____ m <sup>2</sup>	Erstmals bezugsfertig .....
<input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Fernwärme	Brennstoff: <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Holz/Kohle		
<b>Miete (ohne Heizkosten, Untermietzuschläge, Vergütung für Möblierung, Kühlschrank- oder Waschmaschinenüberlassung, Vergütung für die Überlassung von Garagen, Stellplätzen, Hausgärten u. a., anteilige Miete für Wohnraum, der einem anderen unentgeltlich oder entgeltlich überlassen wird.)</b> <p style="text-align: right;">_____ EUR</p>			
Nebenkosten (bitte Nachweis vorlegen)	(Gebühren für Wasser, Abwasser- und Müllbeseitigung, Kaminfeger, Treppenbeleuchtung) <p style="text-align: right;">_____ EUR</p>		
Heizungskosten EUR	Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Mietbescheinigung liegt bei _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld wird gewährt bis _____ <input type="checkbox"/> Wohngeld ist beantragt bei _____			

**VI. Aufenthaltsverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und ihrer/seiner Angehörigen in den letzten 12 Monaten**

Familienname, Vorname	PLZ, Aufenthaltsort	Von ... bis ...	bei Grenzübertritt Tag u. Ort angeben

**VII. Aufenthaltsverhältnisse, Sozialhilfeleistungen, Erwerbstätigkeit im Ausland**

Wurden Sozialhilfeleistungen vor dem Wechsel des Aufenthaltsorts (einschl. Umzugskosten) gewährt ? Ggfs. welche ? _____	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ vom Sozialamt _____	
Sozialhilfeleistungen nach dem Wechsel des Aufenthaltsorts: _____	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ vom Sozialamt _____	
Hat ein anderer Sozialhilfeträger bei der Unterbringung am jetzigen Wohnort in der Einrichtung / im Heim mitgewirkt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
Wohnort in den letzten 2 Monaten vor Heim-/Einrichtungsaufenthalt _____	
Wo und bis wann war der/die Antragsteller/in zuletzt in einer Einrichtung? (Anschrift, Datum) _____	

Wann und woher erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Einrichtung, wer hat ihn veranlasst?

Zuzug aus dem Ausland am \_\_\_\_\_ Aufenthaltszeiten ggfs. Erwerbszeit im Ausland:

### VIII. Sonstiges – bitte Nachweise beifügen

Mitglied einer Lebensversicherung

nein  ja, Monatsbeitrag \_\_\_\_\_ EUR Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

Versicherungssumme: \_\_\_\_\_ EUR

(Bitte Bestätigung über Rückkaufswert vorlegen)

Weitere Versicherungen?

Art: \_\_\_\_\_ Beitrag mtl. \_\_\_\_\_ EUR

Bausparvertrag ?  nein  ja, Beitrag mtl. \_\_\_\_\_ EUR

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

Weitere Ausgaben

mtl. \_\_\_\_\_ EUR für \_\_\_\_\_ (bitte auf gesondertem Blatt erläutern)

Wovon wurde der Lebensunterhalt bisher bestritten?

\_\_\_\_\_

### IX. Nicht geklärte Ansprüche:

Hat der/die Antragsteller/in oder sein/ihr Ehegatte bzw. Partner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen sie/er noch keine Leistungen erhält:  nein

ja, Ansprüche

der Sozialversicherung  als Opfer einer Gewalttat  als Unfallopfer

aus ärztl. Kunstfehler  aus anderem Rechtsgrund, nämlich \_\_\_\_\_

Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

\_\_\_\_\_

### X. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Hat der/die Antragsteller/in oder Familienangehörige Ansprüche nach dem

Bundesversorgungsgesetz  Häftlingshilfegesetz

SED - Unrechtsbereinigungsgesetz  Bundesgrenzschutzgesetz

Soldatenversorgungsgesetz  Bundesseuchengesetz

Opferentschädigungsgesetz  Zivildienstgesetz

bzw. glauben Sie, dass solche Ansprüche bestehen?  nein  ja

**XI. Vermögenswerte – auch im Ausland**

(bitte ggf. auf gesondertem Blatt erläutern und Nachweise vorlegen)

<b>der/die Antragsteller/in</b>	<b>des Ehegatten / Partners</b> - falls minderjährig beide Elternteile
<b>Spar- und Bankguthaben:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Spar- und Bankguthaben Bankinstitut und Kontonummer, IBAN _____ EUR	<b>Spar- und Bankguthaben:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Spar- und Bankguthaben Bankinstitut und Kontonummer, IBAN _____ EUR
<b>Bargeld:</b> _____ EUR	<b>Bargeld:</b> _____ EUR
<b>Haus- und Grundbesitz:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgenden Haus- / Grundbesitz: _____	<b>Haus- und Grundbesitz:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgenden Haus- / Grundbesitz: _____
<b>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</b> (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte (z. B. Wohnrecht; Anspruch auf Pflege):	<b>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</b> (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte (z. B. Wohnrecht; Anspruch auf Pflege):
<b>Sonstige Vermögenswerte:</b> (Bitte Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z. B. Wertpapiere, <b>Kraftfahrzeuge</b> , wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte, Rückzahlung von Darlehen, Lebens- versicherung, Bausparvertrag)	<b>Sonstige Vermögenswerte:</b> (Bitte Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z. B. Wertpapiere, <b>Kraftfahrzeuge</b> , wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte, Rückzahlung von Darlehen, Lebens- versicherung, Bausparvertrag)
<b>a) Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder <b>verschenkt</b></b>	
<b>b) wurde <u>jemals</u> Grundbesitz <b>verschenkt</b>, auf dem sich der Schenker ein Wohnrecht oder Nießbrauch vorbehalten hat?</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger/in angeben und Nachweise beifügen: _____	

**XII. Schuldverpflichtungen:** (nicht Hausbelastungen)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, insgesamt _____ EUR <input type="checkbox"/> Einzelaufstellung ist auf gesondertem Blatt beigefügt
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Informationen nach der EU-Datenschutzgrundverordnung

Mit dem Sozialhilfeantrag erheben wir personenbezogene Daten, die Sie betreffen. Daher möchten wir Sie über einige Punkte informieren. Verantwortlich im Sinne der EU-DSGVO ist das Kreissozialamt des Landkreises Esslingen, Pulverwiesen 11, 73728 Esslingen am Neckar; Tel. Nr. 0711-3902-48310, E-Mail: [Kreissozialamt@lra-es.de](mailto:Kreissozialamt@lra-es.de), vertreten durch die Amtsleiterin.

Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten des Landratsamtes unter denselben Kontaktdaten oder per E-Mail an [datenschutz@lra-es.de](mailto:datenschutz@lra-es.de)

Ihre personenbezogenen Daten werden für folgende Zwecke erhoben und verarbeitet:

1. Entscheidung über den Sozialhilfeantrag, ggfs. Bewilligung von Leistungen
2. Gegebenenfalls Geltendmachung vorrangiger Ansprüche

Die Datenerhebung erfolgt auf der Grundlage von § 60 ff SGB I sowie § 67a und § 67b SGB X (Sozialgesetzbuch I. Buch bzw. X. Buch). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Stellen gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Ihre personenbezogenen Daten werden im Leistungsfalle 6 Jahre über die Hilfestellung hinaus gespeichert.

### Ihnen stehen folgende Rechte zu:

- Auskunftsrecht über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Artikel 15 DS-GVO).
- Recht auf Datenberichtigung, sofern Ihre Daten unrichtig oder unvollständig sein sollten (Artikel 16 DS-GVO).
- Recht auf Löschung der zu Ihrer Person gespeicherten Daten, sofern eine der Voraussetzungen von Artikel 17 DS-GVO zutrifft. Das Recht zur Löschung personenbezogener Daten besteht ergänzend zu den in Artikel 17 Absatz 3 DS-GVO genannten Ausnahmen nicht, wenn eine Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist. In diesen Fällen tritt an die Stelle einer Löschung die Einschränkung der Verarbeitung gemäß Artikel 18 DS-GVO.
- Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern die Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden, die Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Ihren Rechtsansprüchen benötigt werden oder bei einem Widerspruch noch nicht feststeht, ob die Interessen des Landratsamtes gegenüber denen der betroffenen Person überwiegen (Artikel 18 Absatz 1 lit. b, c und d DS-GVO). Wird die Richtigkeit der personenbezogenen Daten bestritten, besteht das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung für die Dauer der Richtigkeitsprüfung.
- Widerspruchsrecht gegen bestimmte Datenverarbeitungen, sofern an der Verarbeitung kein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das Ihre Interessen überwiegt, und keine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung verpflichtet (Artikel 21 DS-GVO).

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten unrechtmäßig ist, können Sie sich mit einer Beschwerde an den Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wenden: Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, Tel.: 0711/615541-0, Fax: 0711/ 615541-15, E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de).

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie sind verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Die Nichtbereitstellung hat zur Folge, dass Ihnen die beantragte Leistung versagt werden müsste (§§ 60/66 SGB I).



**Erklärung der/des Antragstellers/in und des Ehegatten:**

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Tatsachen verschwiegen wurden, die für den Hilfeanspruch maßgebend sind. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

**Ich verpflichte mich, jede Änderung der Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse, die bis zur Erteilung eines Bescheides über diesen Leistungsantrag eintreten, sofort und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen.**

**Erklärung zur EU-Datenschutzgrundverordnung:**

Das Informationsblatt über die Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten:  ja  nein

**Bei Hilfe außerhalb von Einrichtungen:**

**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides an die Stadt-/Gemeindeverwaltung**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt meiner Wohngemeinde Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfestellung zur reibungslosen Bearbeitung der Anträge übersendet:

ja  nein

**Bei Hilfe in Einrichtungen bzw. Hilfe durch Dienste:**

**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt der Einrichtung Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfestellung übersendet.

ja  nein

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragstell./  
gesetzl. Vertretung

Unterschrift Ehegatte/  
Partners

Unterschrift der/des  
Aufnehmenden

**Stellungnahme der  
Stadt/Gemeinde**

Vorstehende Angaben  sind glaubhaft  entsprechen der Wahrheit

Antrag mit Anlagen an das Landratsamt Esslingen

Datum, Unterschrift

---



<b>Antragsteller / Leistungsberechtigter</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Wohnort</b>	

	1	2	3	4
Name ggf. Geburtsname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Antragsteller(in)				
Schulabschluss				
erlernter Beruf (Ausbildung / Studium)				
ausgeübter Beruf / jetzige Tätigkeit / Arbeitgeber				
Verfügt die Person vermutlich über erhebliches Einkommen* von insgesamt über 100.000 € brutto jährlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt

\* darunter fallen gemäß § 2 Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) Einkünfte aus nicht-selbstständiger Arbeit, Einkünfte aus selbstständiger Arbeit, Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung und sonstige Einkünfte im Sinne des EStG.

---

**Ort, Datum, Unterschrift**



**Anlage 2 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben zu getrennt lebenden  
oder geschiedenen Ehegatten oder Partnern**

Seite 1

<b>Antragsteller / Leistungsberechtigter</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Wohnort</b>	

Name ggf. Geburtsname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Schulabschluss	
erlernter Beruf (Ausbildung / Studium)	
ausgeübter Beruf / jetzige Tätigkeit / Arbeitgeber	
Verhältnis zum / zur Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ (Trennungsanzeige und Heiratsurkunde in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ (Scheidungsurteil mit Rechtskraftvermerk in Kopie beifügen) Datum und Ort der Eheschließung _____
Unterhaltsansprüche tituliert	<input type="checkbox"/> ja (bitte vollstreckbaren Titel bzw. Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Unterhalt wird gezahlt	<input type="checkbox"/> ja mtl. _____ EUR <input type="checkbox"/> nein

Fragen zur Unterhaltsregelung:

Unterhalt wurde nicht geltend gemacht bzw. auf Unterhalt wurde verzichtet weil,

---

---

---

---

(bitte Nachweise vorlegen – Ehevertrag, Scheidungsfolgenvereinbarung, etc.)

**Bei Scheidung bitten wir um ergänzende Angaben zur eigenen Person:**

1. Waren Sie zum Zeitpunkt der Scheidung erwerbstätig?

- ja  
 nein

In welchen Zeiträumen nach der Scheidung bis zur ersten Sozialhilfeantragstellung (Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII) waren Sie erwerbstätig?

---

---

In welchen Zeiträumen nach der Scheidung waren Sie wegen Krankheit, Kindererziehung oder sonstigen Gründen nicht erwerbstätig?

---

---

Sofern Sie nach Ihrer Scheidung wegen Krankheit nicht erwerbsfähig waren, teilen Sie uns bitte mit, welche Gesundheitsstörungen seit wann vorlagen:  
**(Sofern vorhanden, bitten wir Sie um Vorlage ärztlicher Atteste bzw. Befundberichte)**

---

---

---

Gibt es ein Gutachten der Deutschen Rentenversicherung hinsichtlich Ihrer Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung?

- ja (bitte Kopie des Gutachtens beifügen)  
 nein

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift