

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII 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 kreuzen Sie Zutreffendes an.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Absatz 1 SGB X. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die datenerhebende Stelle.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen.

Antragstellerin/Antragsteller

Familienname, gegebenenfalls Geburtsname		Vorname	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit (Datum)			
Identitätsnachweis <input type="checkbox"/> Biometrischer Pass <input type="checkbox"/> Pass/Reisepass <input type="checkbox"/> Anderer Nachweis, zum Beispiel Bescheinigung Grenzübertritt			
Weitere Angaben (zum Beispiel Ausweisnummer, Reisepassnummer oder Ort und Datum des Grenzübertritts)			

Angehörige

1	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname		Vorname	
	Beziehung zueinander <input type="checkbox"/> Ehepartnerin/ Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/ Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> Partnerin/Partner aus einer eheähnlichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind		Geburtsdatum	
2	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname		Vorname	
	Beziehung zueinander <input type="checkbox"/> Ehepartnerin/ Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/ Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> Partnerin/Partner aus einer eheähnlichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind		Geburtsdatum	
3	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname		Vorname	
	Beziehung zueinander <input type="checkbox"/> Ehepartnerin/ Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/ Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> Partnerin/Partner aus einer eheähnlichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind		Geburtsdatum	
4	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname		Vorname	
	Beziehung zueinander <input type="checkbox"/> Ehepartnerin/ Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/ Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> Partnerin/Partner aus einer eheähnlichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind		Geburtsdatum	

Angehörige im Heimatland (Ehegatten, Kinder, Eltern)

1	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname		Vorname	
	Verwandschaftsgrad		Geburtsdatum	
2	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname		Vorname	
	Verwandschaftsgrad		Geburtsdatum	

3	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname	Vorname
	Verwandschaftsgrad	Geburtsdatum
4	Familienname, gegebenenfalls Geburtsname	Vorname
	Verwandschaftsgrad	Geburtsdatum

Anschrift/Erreichbarkeit

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Bei anderer Person:
Name, Vorname, Adresse

Aufenthaltsrechtlicher Status

Asylantrag gestellt

Ja Nein

am

Aufenthaltsurlaub nach § 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) Ja Nein

Aufenthaltsbewilligung zum vorübergehenden Schutz nach § 24 AufenthG Ja Nein

Anderer Status:

Erhalten Sie oder Ihre Angehörigen Einkommen

Nein Ja

Welches? (zum Beispiel Renten, Pensionen, sonstiges)

Besteht eine ausländische Krankenversicherung

Nein Ja

Name, Anschrift der Krankenversicherung

Geldauszahlung

Bankverbindung:

Geldinstitut

IBAN

BIC

Name, Vorname des Kontoinhabenden

Betrag wird bar ausgezahlt

Erklärung

Den Antrag auf Leistung nach dem SGB XII habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen 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 Leistungen nach dem SGB XII 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 ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGB X, § 103 SGB XII).

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller oder bevollmächtigte Person (Vollmacht liegt vor)	Unterschrift Sachbearbeitung
Düsseldorf, den		

Antragstellerin/Antragsteller

Name, Vorname

Ort, Datum

Straße, Hausnummer

Düsseldorf, den

Postleitzahl, Ort

Aktenzeichen (falls bereits vorhanden)

VOLLMACHT

Frau/Herr (nichtzutreffendes bitte durchstreichen)

Name, Vorname der Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Telefon

E-Mail

erteile ich hiermit Vollmacht, mich im Rahmen meiner Antragstellung auf Leistungen nach dem SGB XII zu vertreten.

Diese Vollmacht erstreckt sich insbesondere auf die Ermächtigung,

- a) Anträge zu stellen und über meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse Auskünfte zu erteilen und Erklärungen abzugeben,
- b) Schreiben und sonstige Unterlagen im Rahmen der Antragstellung entgegenzunehmen,
- c) Behörden, Sparkassen und Banken zur Auskunftserteilung über meine Vermögensverhältnisse bzw. Konten zu ermächtigen, sofern es die Antragstellung auf Leistungen nach dem SGB XII betrifft.

Diese Vollmacht erstreckt sich **nicht** auf die Berechtigung, die zu zahlenden Leistungen in Empfang zu nehmen

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Senden an:

Stadtverwaltung Düsseldorf
Amt für Soziales (50/3)
40200 Düsseldorf