

# Antrag auf Gewährung von einmaligen Sozialhilfeleistungen

Gemeinde Neunkirchen-Seelscheid

Hauptstr. 78

Hilfe zum Lebensunterhalt   
  Grundsicherung   
  Krankenhilfe  
 Sonstige Leistungen

Eingangsstempel:

Begründung:

Fortsetzung ggf. auf gesondertem Blatt

## I. Angaben zur nachfragenden Person

Name, Vorname ggf. Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort, Kreis:

Familienstand:

ledig   
  verheiratet   
  verwitwet   
  geschieden   
  getrennt lebend seit:

Staatsangehörigkeit:

Wohnort, Straße, Ortsteil, Haus-Nr., Telefon:

derzeitiger Beruf:

Krankenkasse:

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

## II. Familienverhältnisse: Außer der nachfragenden Person leben noch in dessen Haushalt

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	Anschrift des Arbeitgebers	Einkommen mtl./Betrag (EUR)	anzurechnender Betrag (EUR)

## III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern, getrennt lebender Ehegatte/eingetragener Lebenspartner)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	Wohnort und Wohnung	Anschrift des Arbeitgebers	Einkommen mtl./Betrag (EUR)

Der Antragsteller ist Kriegsbeschädigter oder Kriegshinterbliebener

 nein     ja

Ein Kind des Antragstellers ist durch Kriegs-, Wehrdienst- oder Schädigungsfolgen verstorben

 nein     ja

Falls ja: Name, Geburtsdatum, Sterbedatum und -ort

**IV. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person**  
 (Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Hilfeleistungen beifügen)

monatliches Nettoeinkommen	Betrag (EUR)		Betrag (EUR)
Arbeitnehmereinkommen		Renten aus der Sozialversicherung	<b>Übertrag:</b>
Gewerbe, Handel		<input type="checkbox"/> Altersruhegeld <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	
Land- und Forstwirtschaft		<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Knappschaftsrente	
landwirtschaftliches Altersgeld		<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente	
Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II/ sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit		Renten nach dem BVG (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente):	
Kindergehalt			
Krankengeld/Mutterschaftsgeld		Pension oder andere Bezüge	
Unterhaltszahlung (von Angehörigen)		Sonstige Einnahmen:	
Pflegegeld der Pflegekasse		gem. § 82 SGB XII abzusetzen:	
<b>Zwischensumme:</b>			<b>Summe:</b>
		Sonstige Absetzungen:	
			<b>anrechenbares Einkommen:</b>

**V. Vermögen**

Betrag (EUR): \_\_\_\_\_

Spar- und Bankguthaben insgesamt \_\_\_\_\_

Bausparverträge, Wertpapiere u. Ä. \_\_\_\_\_

Sonstiges Vermögen: \_\_\_\_\_

Wurden Vermögenswerte in den letzten 10 Jahren übertragen oder verkauft?  
 nein  ja

**VI. Wohnung und Miete**

1. Der Antragsteller ist  Mieter  Untermieter  Besitzer eines Einfamilienhauses  
 Besitzer einer Eigentumswohnung  Besitzer eines Zwei- oder Mehrfamilienhauses

Betrag (EUR): \_\_\_\_\_

2. Höhe der mtl. Miete (Belastung) \_\_\_\_\_

darin sind enthalten: Nebenkosten \_\_\_\_\_ Zentralheizung \_\_\_\_\_

Größe der Wohnung \_\_\_\_\_ qm, Anzahl der Räume \_\_\_\_\_ davon untervermietet \_\_\_\_\_

Betrag (EUR): \_\_\_\_\_

3.  Mietzuschuss  Lastenzuschuss  nein  ja monatlich \_\_\_\_\_

Bankverbindung des Antragstellers (Geldinstitut, BLZ, Konto-Nr.): \_\_\_\_\_

**Erklärung der nachfragenden Person und seines Ehegatten/Partners (eheähnlich, eingetragene Lebenspartnerschaft), bei minderjährigen Antragstellern der/die gesetzliche/n Vertreter:**

Ich versichere/Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze/-n und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss/müssen. Mir/uns ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld I und II, Krankengeld, Rente usw.) geltend gemacht werden können. Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als 1 Monat dauernde Abwesenheit, z. B. Krankenhausaufenthalte, Kuren usw.) sofort unaufgefordert mitzuteilen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 II der VO zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift)

**Stellungnahme der  Stadt  Gemeinde:**

Der Sozialhilfeantrag wurde sorgfältig und entsprechend den Angaben des Antragstellers ausgefüllt. Die nachfragende Person wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass keine Angaben verschwiegen werden dürfen und anderenfalls strafrechtliche Konsequenzen drohen.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift der Gemeindeverwaltung)

Folgende Anlagen sind dem Sozialhilfeantrag beigelegt:  Vollmachten  Kontoerklärung  Erklärung über Vermögen

**Bedarfsberechnung (Regelsatz)**

Betrag (EUR)

Haushaltsvorstand/Alleinstehender/Ehepartner, Lebenspartner (eheähnlich u. eingetragene Lebenspartnerschaft)

		Betrag (EUR)	EUR
Sonstige Haushaltsangehörige			
- bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres	x	_____	_____
- ab Beginn des 7. Lebensjahres bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	x	_____	_____
- ab Beginn des 15. Lebensjahres	x	_____	_____
Mehrbedarf:			_____

		Summe	
	zuzüglich (+)	v. H.	_____
		Kosten der Unterkunft	_____
		Heizkosten abzgl. Warmwasser	_____
		<b>Gesamtbedarfssatz</b>	_____

abzüglich (-) anrechenbares Einkommen (siehe Blatt 1) . . . . . \_\_\_\_\_

**Das Einkommen**  **unterschreitet**  **überschreitet den Gesamtbedarfssatz um** . . . . . \_\_\_\_\_

Anerkannter Bedarf (Beihilfebedarf) . . . . . \_\_\_\_\_

Abzüglich übersteigendes Einkommen \_\_\_\_\_ EUR x \_\_\_\_\_ Monate = \_\_\_\_\_

Höhe der Beihilfe . . . . . \_\_\_\_\_

**Verfügung:**

1.  Eine einmalige Beihilfe für \_\_\_\_\_ Personen in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR wird bewilligt.  
 der Antrag wird abgelehnt, weil \_\_\_\_\_
2. Nachricht an die nachfragende Person/ggf. an gesetzl. Vertreter – mit Zustellungsnachweis \_\_\_\_\_
3. Auszahlungsanordnung über \_\_\_\_\_ EUR
4. Z. d. A./Wvl am \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)