

<input type="checkbox"/> <b>Bezirksamt</b> Geschäftsbereich <input type="checkbox"/> Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA -		Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.			
<b>Antrag auf</b>		<input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach SGB XII <input type="checkbox"/> Leistungen nach AsylbLG		Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben - unter XI des Antrages oder - auf einem gesonderten Blatt
Art der Hilfe <input type="checkbox"/> innerhalb einer Einrichtung <input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung					
<b>I. Antragsteller/in</b> (Personenziffer 1)			<b>Ehegatte/Lebenspartner/in</b> (Personenziffer 2)		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname			<input type="checkbox"/> nicht im gemeinsamen Haushalt →		keine weiteren Angaben auf dieser Seite; nur Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		
<input type="checkbox"/> minderjährig →		Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen		Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Seit	bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen
Geburtsdatum		Geburtsort/Kreis/Land			
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> →			bitte Anlage 2 ausfüllen		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> →
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> →		bitte Anlage 2 ausfüllen		bitte Anlage 2 ausfüllen	
Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)	gültig bis		Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle)
<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓	
bis	von (Dienststelle)	Geschäftszeichen		bis	von (Dienststelle)
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft		bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft	
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft		bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft	
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am ausgestellt von (Dienststelle)		<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -	
ausgestellt am		ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt am	
ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)	
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)	gültig bis		Merkzeichen (G, aG)	gültig bis	
Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt?	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

<u>Sozialversicherung</u> <input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-) <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung  <u>Krankenversicherung:</u> <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung * <input type="checkbox"/> Private Versicherung <input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V	Krankenversichert bei  Rentenversichert bei  Rentenversicherungsnummer	<u>Sozialversicherung</u> <input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-) <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung  <u>Krankenversicherung:</u> <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung * <input type="checkbox"/> Private Versicherung <input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V	Krankenversichert bei  Rentenversichert bei  Rentenversicherungsnummer
---	--	---	--

**II. Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit**

	Personenziffer 1	Personenziffer 2
Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  Tätigkeit:  Arbeitgeber:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  Tätigkeit:  Arbeitgeber:
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein, weil
Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor? (EU-Rente)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  für welchen Zeitraum?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  für welchen Zeitraum?
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      Stufe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                      Stufe:
Auszubildender/Student - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung / Studium als	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung / Studium als
Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule		
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom                      bis  Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom                      bis  Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.

\* **Wichtige Hinweise:** Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin **das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil **familienversichert** werden. Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner **getrennt** leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen **familienversichert** werden können.

Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>III. Bankverbindung</b>			
Geldinstitut		Bankleitzahl	Kontonummer
IBAN		BIC	
Kontoinhaber/in			
<b>IV. Aufenthalt</b>			
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft	
<b>V. Unterkunft</b>			
<b>V.1</b>	<input type="checkbox"/> Mietwohnung → <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in →	Name und Anschrift des Vermieters Name des Hauptmieters	<input type="checkbox"/> Eigenheim → <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft
Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Miete bezahlt bis	Mietrückstände (von/bis/EUR) →
Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	<b>Bitte Nachweis beifügen</b>	Gekündigt zum →
			Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2
<b>V.2</b>	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt → <input type="checkbox"/> Wohngeld wird nicht gezahlt
Bitte Anlage 6 ausfüllen			
Heizungsart/ Warmwasser <input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung <input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung <input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung			
<input type="checkbox"/> Wohnraum wird untervermietet <input type="checkbox"/> Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> Wohnraum kann nicht untervermietet werden	Zahl vermieteter Leerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl vermieteter möblierter Zimmer
	Miete (EUR/mtl.)		
	Grund		
<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei:      Name:      Vorname:			
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt</b> (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung		Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung

<b>VI.</b>	<b>Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen</b>		
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span> <b>Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.</b> Bei vier oder mehr Personen bitte <b>Zusatzblatt</b> verwenden.			
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in / Partner/in			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

VII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern)						
Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburts- tag, bzw. Alter	Familien- stand	Verwandt- schafts- verhältnis zum Antragsteller	ausgeübte Tätigkeit	Anschrift	Art und Höhe des Unter- haltsbeitrages

VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen			Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen			
Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Geschäftszeich- en, Renten- abrechnungs- nummer, o. ä.	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Nichtselbstän- dige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung , Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeit- geberzuschuss)						
Gewerbe- betrieb						
Land- und Forstwirtschaft						
Sonstige selbständige Tätigkeiten						
Vermietung und Verpachtung						
Wohngeld/Last enzuschuss						
Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbs- minderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirt- schaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisen- rente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss / -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungs- leistung, Sonstige Renten / Pensionen)						

Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Geschäfts- zeichen, Rentenabrech- nungsnummer, o. ä.	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
			1	2	3	4
Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen						
Sozialhilfe- leistungen						
Grundsicherun- gsleistungen						
Asylbewerber- leistung						
Leistungen nach dem Bundesversor- gungsgesetz						
Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)						
Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe, Arbeitsför- derungsgeld u. a.)						
Kindergeld						
Kindergeld- zuschlag						
Elterngeld						
Ausbildungs- förderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvor- schuss						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen- geld, Leibrente, Pflegegeld)						
Steuerer- stattung						
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)						
Sonstige Einkünfte (z.B. Schadensersatz- ansprüche)						
Kein Einkommen						

<b>Sind Leistungen nach Nr. VIII. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen
<b>Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Art der Leistung	Zeitpunkt	EUR

<b>IX.</b>	<b>Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Keine abzetz- baren Beträge</b>	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
	Ausgaben mtl. Betrag					
	Einkommensteuer*					
	Krankenversicherung*					
	Pflegeversicherung*					
	Arbeitslosenversicherung*					
	Rentenversicherung*					
	Kirchensteuer*					
	Unfallversicherung					
	Altersvorsorgebeiträge					
	Hausratsversicherung					
	Sterbeversicherung					
	Lebensversicherung					
	Haftpflichtversicherung					
Aufwendungen für Arbeitsmittel						
Beiträge für Berufsverbände						
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung						

\* Angabe nicht erforderlich soweit die Beträge bereits vom Arbeitgeber oder Rententräger abgesetzt wurden

	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	km	km	km	km	km
- öffentlichen Verkehrsmitteln					
- PKW					
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)					
- Motorrad					
- Mofa					
- Sonstiges					
Nähere Begründung zu „Sonstiges“					

**X. Vermögensverhältnisse** (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Sparguthaben / Bargeld <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Wertpapiere <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Sachwerte von besonderem Wert <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein				
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes) <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein				
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen) <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein				
Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	amtl. Kennzeichen			
Fabrikat	Baujahr	Halter		
Hauseigentum oder Grundbesitz <b>Bitte Anlage 3 ausfüllen</b> <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				



Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				

<b>XI.</b>	<b>Sonstige Angaben</b> , z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

<b>XII.</b>	<b>Leistungen für besondere Mehrbedarfe</b>	
Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts. Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:		
<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche → Vorlage Mutterschaftspass erforderlich		Name: _____ Vorname: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten → Vorlage des Bewilligungsbescheides		Name: _____ Vorname: _____
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen → vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen		Name: _____ Vorname: _____ Name: _____ Vorname: _____

<b>XIII.</b>	<b>Bestandteile des Antrages sind die Anlagen</b>
<input type="checkbox"/> 1 - Unterhalt <input type="checkbox"/> 2 - Ausländer <input type="checkbox"/> 3 - Grundbesitz <input type="checkbox"/> 4 – Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> 6 – Mietschulden <input type="checkbox"/>	

<b>XIV.</b>	<b>Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt</b>

Die Angaben im Antrag und den dazugehörigen Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen / Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin / ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. AsylbLG kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII / AsylbLG von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Unterschrift des Antragstellers/Datum

ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten

Falls vom  
Antragsteller nicht  
selbst oder nicht  
vollständig ausgefüllt

Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum

# Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach AsylbLG

Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller / die Antragstellerin bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt.

Im folgenden werden Ihnen die Rechtsgrundlagen benannt, aufgrund derer die erforderlichen Daten erhoben wurden:

## Sozialgesetzbuch

Erstes Buch (SGB I)	Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I, S. 3015 / Gesetz- und Verordnungsblatt – GVBl. S. 1638), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)
Zehntes Buch (SGB X)	Neufassung durch Gesetz vom 18. Januar 2001 (BGBl. I, S. 130 ff.), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749)
Elftes Buch (SGB XI)	Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26. Mai 1994 (BGBl. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423).
Zwölftes Buch (SGB XII)	in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 01. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733)

## Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

in der Fassung vom 5. August 1997 (BGBl. I, S. 2022),  
zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 07. Mai 2013 (BGBl. I S. 1122)

## Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I, S. 1902),  
zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 2246)

## Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach § 28a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII – maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2014 (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2014 –RBSFV 2014)

vom 15. Oktober 2013 (BGBl. I, S. 3856)

## Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1975 (BGBl. I, S. 433)  
zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in  
das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S.3022)

## Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII (DVO § 82 SGB XII)

in der im BGBl. III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung,  
zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I, S. 818)

## Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I, S.438)  
zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S  
3022)

<b>Erläuterungen</b>	
<b>Die Frage nach . . .</b>	<b>Ist u.a. begründet durch . . .</b>
einer bestehenden Betreuung nach dem Betreuungsgesetz/Beistandschaft	die Notwendigkeit, den berechtigten Zahlungsempfänger festzustellen
dem Status eines Heimatvertriebenen, Aussiedlers, Spätaussiedlers oder Sowjetzonenflüchtlings	§§ 15 und 100 BVFG
dem Grad der Behinderung	§§ 30 und 45 SGB XII, §§ 2, 6 AsylbLG
der Sozialversicherung	§ 2 SGB XII, § 9 Abs. 2 AsylbLG
den Arbeitsverhältnissen	§ 2 in Verbindung mit § 82 SGB XII, §§ 2, 5, 7, 8a AsylbLG
den Wohnverhältnissen	§ 35 in Verbindung mit §§ 90/91 SGB XII, §§ 2, 7, 8 AsylbLG
den Mietrückständen	§ 36 SGB XII
der Beschaffenheit der Wohnung	§ 35 SGB XII in Verbindung mit der DVO zu § 28 des SGB XII (Regelsatzverordnung), §§ 2, 3 AsylbLG
den Mitbewohnern des gemeinsamen Haushalts	§§ 20, 39 und § 93 SGBXII, §§ 2, 7 AsylbLG
den unterhaltspflichtigen Angehörigen	§ 94 SGB XII, §§ 2, 7 AsylbLG
den Einkünften aller Haushaltsangehörigen	§§ 82-84 SGBXII und DVO § 82 SGB XII sowie §§ 20 und 39 SGBXII, §§ 2, 7 AsylbLG
den Schadensersatzansprüchen	§ 114 SGB X, § 9 AsylbLG
den Vermögensverhältnissen	§§ 90/91 SGB XII und DVO § 90 SGBXII, §§ 2, 7 AsylbLG
den Versicherungen	§ 82 Abs. 2 Nr. 3 SGB XII, §§ 2, 7, 9 AsylbLG
<b>Anlage 1</b> den Unterhaltsansprüchen	§ 94 SGB XII, § 9 Abs. 2 AsylbLG
<b>Anlage 2</b> der ausländischen Staatsangehörigkeit	§ 23 SGB XII, § 1 AsylbLG
<b>Anlage 3</b> dem Grundbesitz	§§ 90/91 und DVO § 90 SGB XII, §§ 2, 7 AsylbLG
<b>Anlage 4</b> Eingliederungshilfemaßnahmen	§§ 53 ff. SGBXII und DVO § 53 SGB XII, §§ 2, 6 AsylbLG
<b>Anlage 6</b> Mietschulden	§ 36 SGB XII und § 6 AsylbLG

**Hinweis:**  
Form und Umfang der für den Antrag erforderlichen Angaben sowie Einverständniserklärung zur Entbindung der Geldinstitute und Banken von der Geheimhaltungspflicht entsprechen den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch I (SGB I) unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Grundsätze gemäß §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch X (SGB X).