

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG VON SOZIALHILFE

Für Name (Hilfesuchenden)



AMBERG

Folgende Hilfe wird beantragt:

Begründung des Einzelfalls:

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGBI). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGBXII).

I. Persönliche Verhältnisse	Hilfesuchende/r	Ehegatte/ Lebenspartner <small>(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)</small>	Vater/Personen- sorgeberechtigter bei ledigen Minderjährigen	Mutter/Personensorgeberechtigte bei ledigen Minderjährigen
Familienname				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Geburtsort/Kreis/Land				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status a) Visum	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
b) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
c) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
d) Duldung	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
Familienstand (Zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.*
a) seit wann verw., gesch., getr. lebend, verpartn.?				
b) (wenn geschieden): Gericht, Datum u. Aktenzeich. d. Urteils				
aus wessen Verschulden? <small>(wenn Ehescheidung vor dem 1.7.1977 erfolgte)</small>				
Art der Unterhaltsregelung				
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)				
Telefon (freiwillige Angabe)				
Ausweispapiere: Art und Nummer				
(bei Vertriebenen) Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde				
Bescheinigung nach § 15 BVFG				
Höchster Schulabschluss an allgemeinbildenden Schulen	_____	_____	_____	_____
a) Hauptschulabschluss (einschl. Sonderschule)	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr
b) qualifizierender Hauptschulabschluss (einschl. Sonderschule)	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr
c) qualifizierender beruflicher Bildungsabschluss (Quabi)	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr
d) Mittlere Reife (Realschule)	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr
e) Abitur	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr

* Nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Noch persönliche Verhältnisse	Hilfesuchende(r)	Ehegatte/Lebenspartner/Vater	Mutter
Bei Hilfesuchend. im Alter von 15 bis unt. 65 Jahren: Höchster Berufsbildungsabschluss: a) Kein beruflicher Ausbildungsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Noch in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/> seit: als	<input type="checkbox"/> seit: als	<input type="checkbox"/> seit: als
c) Abgeschlossene Lehre in einem kaufmännischen Beruf	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
d) Abgeschlossene Lehre in einem gewerblichen, technischen o. a. Beruf	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
e) Abgeschlossene beruflich-schulische Ausbildung	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
f) Abschluss einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
g) Fachhochschul-, Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
h) Anderer beruflicher Ausbildungsabschluss	Welcher? <input type="checkbox"/> im Jahr	Welcher? <input type="checkbox"/> im Jahr	Welcher? <input type="checkbox"/> im Jahr
Bei Hilfesuchend. im Alter von 15 bis unt. 65 Jahren: Erwerbsstatus: a) Vollzeiterwerbstätig	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:
b) Teilzeiterwerbstätig	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
Name u. Anschrift d. Arbeitgebers			
c) Arbeitslos gemeldet - mit SGB III-Leistung **)	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:
d) Arbeitslos gemeldet - ohne SGB III-Leistung **)	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:
Beginn der SGB III-Leistung	Datum	Datum	Datum
Stamm-Nr.:			
Nicht erwerbstätig e) wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege von Familienangehörigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) aus sonstigen Gründen (z.B. nicht gemeldete Arbeitslose) (Bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Hilfesuchend. im Alter von 15 bis unt. 65 Jahren: Besondere soziale Situation bei der Hilfestellung:			
Tod eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt eines Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiheitsentzug; Haftentlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überschuldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vollstationäre Unterbringung (z. B. Heim, Krankenhaus, Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)			
<input type="checkbox"/> teilstationäre Unterbringung (z. B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)			

**) wenn noch keine Bescheiderteilung: Nachweis über Antragstellung beilegen!

II. 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 alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein			
Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <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	

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:

	1	2	3	4
Familienname – ggf. Geburtsname –				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis z. Antragssteller				
Wohnanschrift PLZ, Ort, Straße, Nr.				
Beruf				
Arbeitgeber (Name, Anschrift)				
Art der Rente (wenn Rentenempfänger)				

IV. Einkommensverhältnisse des Hilfesuchenden und seiner Angehörigen

(Nachweise über Art und Höhe **sämtl.** Einkünfte beifügen, z. B. Rentenmitteilung bzw. –bescheid, Bescheid des Arbeitsamtes, Wohngeldbescheid, Nachweis über Kindergeld und Kindergeldzuschlag, Übergabevertrag, Unterhalt, Nettoverdienstbescheinigung)

Art des Einkommens	Antragsteller(in) EUR	Ehegatte/ Lebenspartner EUR	Sonst. Haushaltsangehörige <small>(s. Seite 3 u. § Nr. II.)</small>			
			Zu Nr. 1 EUR	Zu Nr. 2 EUR	Zu Nr. 3 EUR	Zu Nr. 4 EUR
Altersruhegeld						
Erwerbsunfähigkeitsrente						
Berufsunfähigkeitsrente						
Witwenrente						
Waisenrente						
Unfallrente						
Betriebs-Zusatzrente						
Altersgeld f. Landw.						
Pension						
Arbeitslosengeld						
Unterhaltsgeld						
Eingliederungshilfe						
Krankengeld						
Übergangsgeld						
Mutterschaftsgeld						
LAG-Unterhaltshilfe						
LAG-Entsch.-rente						
Kindergeld						
Kindergeldzuschlag						
Wohngeld						
UVG-Leistung						
USG-Leistung						

BAföG-Leistung						
Arbeitseinkommen (netto)						
Eink./Selbständiger						
Leibrente, Leibgeding						
Eink. a. Land- u. Forstw.						
Unterhaltsleistungen						
Miet- o. Pachteinnahmen						
Zinsen aus Vermögen						
Pflegegeld nach PflegeVG						
Betriebl. Zuwendungen						
Knappschaftsrente						
Ausländische Rente						
Grundrente (BVG)						
Blindengeld						
Bedarfsorientierte Grundsicherungsleistungen						
Sonstige Einnahmen						

V. Arbeitsverhältnisse in den letzten 3 Jahren vor der Antragstellung (Falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden!)

Art der Tätigkeit	Dauer		Beschäftigt bei (Name und Anschrift)	Gründe für etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Krankenkasse
	Von	Bis			
Hilfesuchende(r)					
Ehegatte/ Lebenspartner/ Vater/Mutter					
Arbeitslos Wurde bei der Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld beantragt? (Bescheid der Agentur für Arbeit beilegen) Wann erfolgte die letzte Arbeitslosenmeldung? Ist bereits eine Arbeitsstelle in Aussicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____		Stamm-Nr: _____		
	<input type="checkbox"/> ja, am _____				
	<input type="checkbox"/> nein warum? _____				
	Datum _____		(Bescheinigung des Arbeitsamtes beilegen)		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. wann und bei welcher Firma _____				

VI. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden:

Zugezogen <input type="checkbox"/> alle Personen am _____	Datum _____
<input type="checkbox"/> folgende Person(en) Familienname, Vorname, Datum _____	
Wurde bereits Sozialhilfe SGB XII geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Sozialamt in _____ von _____ bis _____ Aktenzeichen _____	
Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z. B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt) Von-bis _____ in (Zeiten, Orte, ggf. mit Kreiszugehörigkeit, lückenlos angeben)	
	Stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/>
	Übergangseinrichtung <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung _____ Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung _____	
Bei Übertritt aus d. Ausland <input type="checkbox"/> alle Personen <input type="checkbox"/> folgenden Person(en):	Tag und Ort des Übertritts _____
	Familienname, Vorname _____
	Tag und Ort des Übertritts _____

VII. Wohnverhältnisse des Hilfesuchenden:

Gesamtfläche der Wohnung _____ Küche _____ Bad, _____ WC, _____ Zimmer = _____ m ²	
Wird der Wohnraum untervermietet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, davon: _____ m ² .	
Falls Sie untervermietet haben: Vergütung für Möblierung vollmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ EUR Teilmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ EUR	
Von der Gesamtfläche werden ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt: _____ m ²	
Wie wird die Wohnung beheizt? <input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Einzelheizung <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> _____	
Wird Warmwasser durch in der Unterkunft installierte Vorrichtung erzeugt (dezentrale Warmwassererzeugung)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wann ist der Wohnraum erstmals bezugsfertig geworden? Jahr _____, _____, _____	
Wurde der überwiegende Teil des Wohnraums nachträglich unter wesentlichem Bauaufwand ausgebaut oder erweitert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Jahr _____, _____, _____	
Wurde der Wohnraum mit öffentlichen Mitteln gefördert? (sozialer Wohnungsbau) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ist ein Familienmitglied, das zu Ihrem Haushalt gerechnet hat, innerhalb der letzten 24 Monate verstorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ Familienname, Vorname(n) _____ Wann? _____ Sterbedatum _____	
Haben Sie den Wohnraum nach dem Tod des Familienmitgliedes gewechselt oder eine weitere Person in den Haushalt aufgenommen?	

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	Wen?	
		<small>Einzugsdatum</small>	<small>Name, neue Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis</small>	
Wohnen Sie mietfrei? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Vertrag vorlegen)				
Die Wohnungsmiete beträgt ohne Kosten für elektrischen Strom (laut beiliegender Mietbescheinigung) _____ mtl. _____ EUR				
In der Gesamtmiete sind Kosten für die Möblierung enthalten. vollmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ EUR				
Teilmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ EUR				
Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Mietschulden bestehen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ EUR				
Erhalten Sie Wohngeld oder eine vergleichbar Leistung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ mtl. _____ EUR				
Bei nein, wurde Wohngeld oder eine vergleichbare Leistung beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ EUR				
Bei Eigenheimbesitzern/Eigentumswohnungen usw. betragen				
a) Kosten für Müllabfuhr, Kaminkehrer, Wasser, Kanal, Grundsteuer, Brandvers. usw.				mtl. _____ EUR
b) Belastung aus Kapitaldienst und Bewirtschaftung: Belastung aus Zinsen				mtl. _____ EUR
Belastung aus Tilgung				mtl. _____ EUR

VIII a). Eheähnliche Verhältnisse:

Personen die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs des Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII).

Lebt der/die Hilfesuchende in einer eheähnlichen Gemeinschaft? nein ja, mit wem?

Bei mehr als 4 Personen
Beiblatt verwenden

VIII b). Familienverhältnisse: Außer dem Hilfesuchenden und seinem Ehegatten/Lebenspartner leben noch in **gemeinsamen Haushalt:**

	1	2	3	4
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort/Kreis/Land				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
a) Visum				
b) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Familienstand				
(falls nicht ledig):				
a) Eheschließung (Datum und Ort)				
(wenn geschieden):				
b) Gericht, Datum u. Aktenzeichen. d. Urteils				
Aus wessen Verschulden?				
(wenn Ehescheidung vor dem 1.7.1977 erfolgte)				
Art der Unterhaltsregelung				
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)				
Telefon (freiwillige Angabe)				
Ausweispapiere: Art und Nummer				
(bei Vertriebenen)				
Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde				
Bescheinigung nach § 15 BVFG				
Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde				
Höchster Schulabschluss an allgemeinbildenden Schulen	_____	_____	_____	_____
a) Hauptschulabschluss (einschl. Sonderschule)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) qualifizierender Hauptschulabschluss (einschl. Sonderschule)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) qualifizierender beruflicher Bildungsabschluss (Quabi)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) Mittlere Reife (Realschule)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) Abitur	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei Hilfesuchend. im Alter von 15 bis unt. 65 Jahren:				
Höchster Berufsausbildungsabschluss:				
a) Kein beruflicher Ausbildungsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Noch in beruflicher Ausbildung	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> seit:
	als	als	als	als
c) Abgeschlossene Lehre in einem kaufmännischen Beruf	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
d) Abgeschlossene Lehre in einem gewerblichen, technischen o. a. Beruf	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
e) Abgeschlossene beruflich-schulische Ausbildung	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
f) Abschluss einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
g) Fachhochschul-, Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
h) Anderer beruflicher Ausbildungsabschluss	Welcher?	Welcher?	Welcher?	Welcher?
	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr	<input type="checkbox"/> im Jahr
Bei Hilfesuchend. im Alter von 15 bis unt. 65 Jahren:				
Erwerbsstatus:				
a) Vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
b) Teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
Name u. Anschrift d. Arbeitgebers				

	1	2	3	4
c) Arbeitslos gemeldet - mit SGB III-Leistung **)	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
d) Arbeitslos gemeldet - ohne SGB III-Leistung **)	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
Beginn der SGB III-Leistung	Datum	Datum	Datum	Datum
Nicht erwerbstätig				
e) wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege v. Familienangehörig.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) wegen Krankheit, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Hilfesuchend. im Alter von 15 bis unt. 65 Jahren:				
Besondere soziale Situationen bei der Hilfestellung:				
Tod eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt eines Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiheitsentzug; Haftentlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überschuldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne eigen Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vollstationäre Unterbringung (z. B. Heim, Krankenhaus, Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)				
<input type="checkbox"/> teilstationäre Unterbringung (z. B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte)				
Bargeld	EUR	EUR	EUR	EUR
Spar- und Bankguthaben	EUR	EUR	EUR	EUR
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstig. Vermögenswerte und zwar:				
Höhe des Einkommens (mtl. netto)	EUR	EUR	EUR	EUR

--	--	--	--	--

**) wenn noch keine Bescheiderteilung: Nachweis über Antragstellung beilegen!

Falls unter III. Kinder aufgeführt sind, deren Eltern nicht miteinander verheiratet, die geschieden bzw. getrennt lebend sind oder falls der Hilfesuchende selbst ein solches ist:				
Familienname, Vorname des Kindes				
Familienname, Vorname des/der Unterhaltspflichtigen				
Wohnanschrift d. Unterhaltspflichtigen				
Name und Anschrift des Vormundes, Pflegers, Betreuers				
Zuständiges Familiengericht				
Regelunterhalt pro Monat		EUR	EUR	EUR
Datum und Aktenzeichen des Vollstreckungstitels				
In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?		EUR	EUR	EUR

IX. Sonstiges

Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse? Hilfesuchender ist krankenversichert als Familienversicherter bei	Monatsbetrag EUR		
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner		
Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse? Hilfesuchender ist krankenversichert als Familienversicherter bei Beamtenrechtliche oder vergleichbare Behilfsansprüche bei	Monatsbetrag EUR		
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner		
(wenn nicht in Arbeit): Werden Beiträge zur Arbeiter-/Angestellten-/Rentenversicherung freiwillig entrichtet? Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	Nr. der letzten Versicherungskarte		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. ist dieser dem Antrag beizufügen		
Mitglied einer Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: <small>ggf. Höhe des Sterbegeldes</small> EUR		
Mitglied einer Lebensversicherung Höhe der Versicherungssumme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher:		
Mitglied anderer Versicherungen? (z. B. Haftpfl., Hausrat, Unfall, u.s.w.)	Art: <small>(Nachweis über die Höhe beifügen)</small>		
Sind Sie Kriegsbeschädigte(r) oder – Hinterbliebene(r)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie Vater/Mutter eines gefallenen od. kriegsvermissten Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und warum:		
Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?			
(Wenn in Arbeit stehend): Fahrtkosten zum Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich EUR		
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalles?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung: (ggf. Betreuerausweis vorlegen)	Wenn ja: a) welche Person?		
	b) Name und Anschrift d. Betreuers		

X. Vermögenswerte:

a) des Hilfesuchenden	b) des Ehegatten/Lebenspartner – falls minderjährig beider Eltern -
Spar-, Bank- und Postsparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr.	Spar-, Bank- und Postsparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr.
EUR	EUR
Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr.	Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr.
EUR	EUR
Die Bankinstitute ermächtige ich hiermit zur Auskunftserteilung.	Die Bankinstitute ermächtige ich hiermit zur Auskunftserteilung.
Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von	Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von
EUR	EUR
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege)

Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei.	Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Form: (z. B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge uws.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Form: (z. B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge uws.)
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- o. Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben od. verschenkt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben _____	
Wurden Verträge zugunsten Dritter – für den Erlebens- und/oder Todesfall – abgeschlossen (ggf. Nachweise vorlegen). <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

XI. Nicht geklärte Ansprüche:

Glaubt der Hilfesuchende oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er/sie noch keine Leistungen erhält: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja
<input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> Als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus Krankheit
<input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____
Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

XII. Eingliederungshilfe (Bei Beantragung von Eingliederungshilfe unbedingt ausfüllen)

Form des betreuten Wohnens: <input type="checkbox"/> Therapeutische Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Betreutes Einzelwohnen
Folgende Unterlagen werden benötigt:
<ul style="list-style-type: none"> • Ausführliches Gutachten eines Facharztes. In diesem Gutachten soll die Erkrankung, die den Betreuungsbedarf begründet und der genaue Betreuungsbedarf auf den Einzelfall bezogen erläutert und bestätigt werden. • Aufnahmeanzeige und Therapieplan des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Kann der Therapieplan noch nicht erstellt werden, ist zunächst die Aufnahmeanzeige einzureichen. Der Therapieplan ist in diesem Fall innerhalb von 8 Wochen nach Therapiebeginn nachzureichen.
Falls Sie Eingliederungshilfe für Ihr Kind (z. B. Schulgeld, Betreuungskosten) beantragen, werden folgende Unterlagen benötigt:
<ul style="list-style-type: none"> • Schulbesuchsbestätigung • Ärztliches Gutachten • Sonderpädagogisches Gutachten • Heilpädagogischer Behandlungsplan

XIII. Bankverbindung:

Girokonto des Hilfesuchenden:	
Empfänger	Konto-Nummer
Kreditinstitut	Bankleitzahl

Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten/Lebenspartners:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Hinweis für die Leistungen nach der Grundsicherung: Ich bin gem. § 60 SGB I verpflichtet jeden nicht nur vorübergehenden Auslandsaufenthalt zu melden. Ich bestätige, dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass meine Leistungen bei Auslandsaufenthalten, welche länger als 4 Wochen andauern, taggenau gekürzt (§ 41a SGB XII) werden.

Ich versichere, dass ich die nachfolgenden Hinweise zum Datenschutz sowie die Datenschutzhinweise nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum	Unterschrift d. Hilfesuchenden oder seines gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Aufnehmenden.
---------------------------------	--------------------------------

Hinweise nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) - Datenerhebung

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist die Stadt Amberg, Marktplatz 11 92224 Amberg bzw. das jeweils zuständige Fachamt. Die Daten werden zur Bearbeitung Ihres Anliegens/ Ihres Antrages bzw. zum Zweck der gesetzlichen Aufgabenerledigung erhoben. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 Buchst. a,b, c, e und Art. 9 Abs. 2 Buchst. a, b der DSGVO.

Ihre Daten werden nach der Erhebung bei der Stadt Amberg bzw. beim zuständigen Fachamt so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die Bearbeitung erforderlich ist.

Nach der DSGVO stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

Sie können die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Kontaktdaten:

- Verantwortlicher:

Stadt Amberg, Marktplatz 11, 92224 Amberg

- (behördlicher) Datenschutzbeauftragter:

Herr Wolfgang Meier, Marktplatz 11, 92224 Amberg, datenschutz@amberg.de

- Landesdatenschutzbeauftragter:

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD)

Wagmüllerstraße 18, 80538 München

Tel: 089/212672-0

E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de