

X) Einkommensverhältnisse		
	Hilfesuchende/r	Ehepartner/in/Lebensgefährte/in
Name, Vorname		
Leistungen der Sozialhilfe/Wohngeld/Unterhaltsvorschussleistungen (Bescheidkopie beifügen)	<input type="checkbox"/> SGB XII-Leistungen <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussleistungen Höhe: _____ <input type="checkbox"/> beantragt: Art: _____	<input type="checkbox"/> SGB XII-Leistungen <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussleistungen Höhe: _____ <input type="checkbox"/> beantragt: Art: _____
Leistungen des Rentenversicherungsträgers (ggf. Bescheidkopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Witwen-, Waisen- oder Halbwaisenrente <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> sonstige Rente: Höhe: _____ <input type="checkbox"/> beantragt Art: _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Witwen-, Waisen- oder Halbwaisenrente <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> sonstige Rente: Höhe: _____ <input type="checkbox"/> beantragt Art: _____ Aktenzeichen: _____
Leistungen der Familienkasse (Bescheidkopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Kindergeld für folgende Kinder: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag: Höhe: _____	<input type="checkbox"/> Kindergeld für folgende Kinder: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag: Höhe: _____
Leistungen der Krankenversicherung (Bescheidkopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegegeld: Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Übergangsgeld: Höhe: _____	<input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegegeld: Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Übergangsgeld: Höhe: _____
Einkommen aus Erwerbstätigkeit (Gehaltsabrechnung und letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Höhe: _____ Arbeitgeber: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Höhe: _____ Arbeitgeber: _____

Unterhalt (Kopie des Unterhaltstitels beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____ Höhe: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____ Höhe: _____
Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____ Höhe: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____ Höhe: _____

XI) Vermögensverhältnisse		
	Hilfesuchende/r	Ehepartner/in/Lebensgefährte/in
Name, Vorname		
Bargeld (auch Kleinbeträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Höhe: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Höhe: _____
Girokonto (Kontoauszüge der letzten drei Monate beifügen)	Name der Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Aktueller Kontostand: _____	Name der Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Aktueller Kontostand: _____
Weiteres Girokonto (Kontoauszüge der letzten drei Monate beifügen)	Name der Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Aktueller Kontostand: _____	Name der Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Aktueller Kontostand: _____
Sparguthaben (Aktuellen Kontoauszug beifügen)	Name der Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Aktueller Kontostand: _____	Name der Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Aktueller Kontostand: _____
Bausparvertrag (letzten Jahreskontoauszug beifügen)	Bausparkasse: _____ Vertragsnummer: _____ Derzeitiges Guthaben: _____	Bausparkasse: _____ Vertragsnummer: _____ Derzeitiges Guthaben: _____
Lebens-/Sterbegeldversicherung (Rückkaufwertbescheinigung beifügen)	Versicherungsunternehmen: _____ Vertragsnummer: _____ Derzeitiges Guthaben: _____	Versicherungsunternehmen: _____ Vertragsnummer: _____ Derzeitiges Guthaben: _____

Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Fabrikat: _____ Modell: _____ Erstzulassung: _____ Kilometerstand: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Fabrikat: _____ Modell: _____ Erstzulassung: _____ Kilometerstand: _____
Grundvermögen (z. B. Grundstücke, Wohnungseigentum, o. Ä.) (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____
Sonstiges Vermögen (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art: _____

XII) Vermögensveränderungen in den letzten zehn Jahren

Wurde Grundvermögen innerhalb der letzten zehn Jahre an Dritte übertragen/verschenkt/verkauft? (Grundbuchauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Bezeichnung des Grundvermögens: _____ Dafür erhaltene Gegenleistung: _____ Käufer/Beschenkter: _____ Anschrift: _____ _____ _____ Wert: _____ € Vertrag vom: _____
Wurde/n Barvermögen/Sparvermögen/Wertpapiere oder anderes Vermögen innerhalb der letzten zehn Jahre an Dritte übertragen/verschenkt/verkauft? (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Bezeichnung des Grundvermögens: _____ Dafür erhaltene Gegenleistung: _____ Käufer/Beschenkter: _____ Anschrift: _____ _____ _____ Wert: _____ €

	Vertrag vom: _____
--	--------------------

XIII) Sonstige Ansprüche	
Bestehen sonstige Ansprüche gegen Dritte (Wohnrecht, Leibrenten, Altenteilsrechte, etc.?) (Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Art des Anspruchs: Käufer/Beschenkter: Anschrift: _____ _____ _____ Woraus ergibt sich dieser Anspruch?

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I - SGBI -) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (z.B. Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgen aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) und der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und der Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Ort, Datum **Unterschrift Hilfesuchende/r**

Ort, Datum **ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, Vormund/in**