

**Antrag  
auf  
Sozialhilfe**

**Hinweis  
nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes**  
Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden  
aufgrund der §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches (SGB)  
(Erstes Buch - Allgemeiner Teil) erhoben.

<b>Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personen- gruppen</b>	Art der beantragten Hilfe §				<input type="checkbox"/> nach dem AsylbLG <input type="checkbox"/> nach dem SGB XII <input type="checkbox"/> incl. Leistungen für BuT	
	PZ 1	m w <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PZ 2	m w <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PZ 3	m w <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personenziffer (PZ)
	<b>Hilfesuchende/r (HS)</b>		Stellung zum/zur HS:		Stellung zum/zur HS:	
Familienname, Vorname						
Auch Geburtsname und Name aus früheren Ehen						
Anschrift: Straße, Haus-Nr., Plz, Ort, Telefon						
Geburtsdatum, Geburtsort- u. kreis						
Familienstand	seit		seit		seit	
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand	<input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand	<input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushalts- vorstand	<input type="checkbox"/> Haushalts- angehörige/r
Staatsangehörigkeit bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status						
Schulabschluss, Berufsabschluss ausgeübte Tätigkeit						
Bevollmächtigte/r Betreuer/in (s. Bestell.-Urkunde)						
Anschrift, Telefon						
Schwerbehinderten- ausweis/Bescheid des Versorgungs- amtes	Datum	Grad der Behinderung %	Datum	Grad der Behinderung %	Datum	Grad der Behinderung %
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten	Urteil o. Ä. vom	-Gericht in			Geschäftszeichen	

**1. Einkommen**

Alle Einkünfte, die bereits erzielt werden oder beantragt wurden sind hier anzugeben

Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €
Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €
Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €
Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €	Einkommensart	Betrag €
Arbeitgeber bzw. zahlende Stelle (z. B. Krankenkasse):					
Renten- bzw. Aktenzeichen					

Persönliche Verhältnisse	PZ	m w		PZ	m w		PZ	m w	
	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Stellung zum/zur HS									
Familienname, Vorname									
Auch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen									
Geburtsdatum, Geburtsort u. -kreis									
Familienstand		seit			seit			seit	
Staatsangehörigkeit bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status									
Schulabschluss, Berufsabschluss ausgeübte Tätigkeit									
Falls arbeitslos, seit wann?									

### 1. Einkommen

Alle Einkünfte, die bereits erzielt werden oder beantragt wurden sind hier anzugeben

Einkommensart	Betrag	Einkommensart	Betrag	Einkommensart	Betrag
	€		€		€
	€		€		€
	€		€		€
	€		€		€
Arbeitgeber bzw. zahlende Stelle (z. B. Krankenkasse):					
Renten- bzw. Aktenzeichen					

### 2. Vom Einkommen absetzbare Beträge § 82 SGB XII bes. Belastungen nach § 89 I SGB XII

PZ	Schl.	Betrag €	PZ	Schl.	Betrag €	Schlüsselzahlen (Schl.): Beiträge für freiwillige Versicherungen 20.1 = Hausratversicherung 20.2 = Krankenversicherung 20.3 = Rentenversicherung 20.4 = Unfallversicherung 20.5 = Sterbeversicherung 20.6 = Lebensversicherung 20.7 = Haftpflichtversicherung 21 = Pkw-Haftpflichtversicherung 22 = Aufwendungen für Arbeitsmittel 23 = Beiträge für Berufsverbände 24 = Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung	Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (soweit nicht erstattet) 25.1 = öffentliche Verkehrsmittel 25.2 = Pkw 25.3 = Kleinst-Pkw 25.4 = Motorrad 25.5 = Mofa 26 = Sonstiges
PZ	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Schl. 25.2 und 25.3 (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte)						

### 3. Vermögen, z. B. Bargeld, Guthaben (Spar- und Girokonten) nach § 90 SGB XII / § 7 AsylbLG - siehe gesonderten Vordruck

**4. Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer Einrichtung/Heim leben -**

**4.1 Miete** (Bitte Nachweise beifügen/aktuelle Mietbescheinigung)

Zahl der Personen in der Wohnung	Person/en	Wohnfläche:	Quadratmeter:
Gesamtkosten der Unterkunft:		€	
davon	Kaltmiete:	€	
	Nebenkosten:	€	
	Heizungskosten:	€	
Einnahmen aus Untervermietung		€	
Sind in den angegebenen Beträgen			
- Kosten für Kochfeuerung enthalten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**4.2 Haus-/Wohneigentum** (Bitte Nachweise beifügen/aktuelle Rentabilitätsberechnung)

Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen vorzulegen.

**5. Ansprüche gegen Dritte:**

<b>- Krankenschutz</b>	Ich bin <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert <i>wenn <b>versichert</b>:</i> Bei welcher Krankenkasse: _____ <i>wenn <b>gesetzlich</b> versichert:</i> <input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger _____ <i>wenn <b>freiwillig/privat</b> versichert:</i> Höhe des Versicherungsbeitrags/Monat _____ € <i>wenn <b>nicht</b> versichert:</i> Bei welcher Krankenkasse waren Sie zuletzt versichert? _____
<b>- Schutz im Pflegefall</b>	Ich bin Mitglied in einer Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>wenn ja:</i> Sind Sie bereits in eine Pflegestufe eingestuft: <input type="checkbox"/> ja, in Pflegestufe: _____ <input type="checkbox"/> nein <i>wenn ja:</i> Haben Sie eine Neueinstufung beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>- Beihilfeanspruch</b>	Ich habe einen Beihilfeanspruch nach Beamtenrecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>wenn ja:</i> Welche Stelle hat die Beihilfe zu gewähren? _____
<b>- Altenteilrecht</b>	Ich habe Anspruch auf ein vertraglich vereinbartes Altenteilsrecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>wenn ja:</i> Dieses Recht umfasst <input type="checkbox"/> Wohnrecht <input type="checkbox"/> Hege/Pflege <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

**6. Wird ambulant betreutes Wohnen geleistet?**  ja  nein

falls ja: Kostenträger: \_\_\_\_\_  
 Betreuungsdienst: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**7. Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**  
 (Kinder - auch aus früheren Ehe - nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten)

	Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis zum/zur Hilfesuchenden	Familien- stand	z. Z. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1						
2						
3						
4						
5						
6						

**8. Aufenthalt in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen**

Name und Anschrift der Einrichtung	Heimpflegekosten €	täglich	monatlich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Aufenthaltsverhaltnisse des/der Hilfesuchenden**

zugezogen am	von	Grund
Wurde bereits Sozialhilfe geleistet?		bis
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Sozialamt in		
Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Anstaltsaufnahme) vom - bis in (Zeiten, Orte, ggf. mit Kreiszugehorigkeit, Anstalten usw. lückenlos angeben)		
Kostenträger des letzten Anstaltsaufenthalts		Falls bereits aus der Anstalt entlassen, Tag der Entlassung

**10. Bei Übertritt eines/einer außerhalb der Bundesrepublik Deutschlands geborenen Hilfesuchenden aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach dem Übertritt**

Tag des Übertritts	Familienmitglied (Ehegatte, Verwandte, Verschwagerte) welches in der Bundesrepublik Deutschland geboren ist und mit der/dem Hilfesuchenden bei Eintritt des Bedarfs an Sozialhilfe zusammenlebt: Name, Vorname, Geburtstag und -ort, personenstandrechtl. Verhältnis zum/zur Hilfesuchenden

**11. Durch Kriegereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige**

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand

Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

---



---



---

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen: Geldinstitut, Konto-Nummer, Bankleitzahl

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegebenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhaltnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Es wird darauf hingewiesen, dass Leistungen der Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung abweichen und daher nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände notwendigen Kosten übernommen werden. Die medizinische Notwendigkeit von ärztlichen Verordnungen ist daher vorab durch das Gesundheitsamt zu überprüfen. Heilmittel (z. B. Massagen und Bäder), orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Spezialbehandlungen (z. B. ambulante Operationen) oder Medikamente ab voraussichtlich 500 Euro bedürfen daher der vorherigen Genehmigung des Sozialleistungsträgers. Fahrtkosten (Taxi etc.) werden nur im Rahmen der Krankentransport-Richtlinien übernommen.

Hiermit belehre ich Sie, dass Sie gem. § 8a AsylbLG die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit

- binnen 3 Tagen,
- unter Angabe der Höhe des Einkommens,
- unter Benennung des Arbeitgebers,
- unter Mitteilung des Aufnahmetages der Erwerbstätigkeit anzuzeigen haben.

Zuwiderhandlungen können gem. § 13 AsylbLG mit einem Bußgeld in Höhe von bis zu 5.000,00 € geahndet werden.

Sollte nach Abschluss meines Asylverfahrens -auf Grund der Änderung meines Aufenthaltsstatus- ein Rechtskreiswechsel stattfinden und ich demzufolge Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II vom Jobcenter Arbeitplus Bielefeld haben, bevollmächtige ich das Sozialamt der Stadt Bielefeld mit der entsprechenden fristwahrenden Antragstellung. Dieser Antrag des Sozialamtes entbindet mich nicht von meiner Verpflichtung, selbst SGB II Leistungen zu beantragen.

Ein Informationsblatt über die Leistungen für Bildung und Teilhabe (BuT) habe ich erhalten.

---

Hilfesuchende/r oder sein/e/ihr/e gesetzliche/r Vertreter/in

Ehegatte/-in

aufgenommen durch