



## Antrag auf Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Tel. 06131 12-0  
Fax 06131 12-3962  
amt-fuer-soziale-leistungen@stadt.mainz.de

|                           |
|---------------------------|
| 50. _____<br>Aktenzeichen |
| Eingang                   |



### Ich beantrage/Wir beantragen

- Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung     Hilfe zum Lebensunterhalt  
 Hilfe zur Pflege     einmalige Leistungen (z.B. Heizkostenbeihilfe, Erstausrüstung etc.)  
 sonstige Leistungen

### 1. Persönliche Verhältnisse

#### Antragstellende Person

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familiename                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                     |
| Geburtsname und früher geführte Namen                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                     |
| Vorname/n                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsort                                                                                                                                                                                                                                            | Staatsangehörigkeit                                                                                 |
| Familienstand                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend    _____<br><span style="margin-left: 200px;">seit wann</span> |                                                                                                     |
| Straße   Hausnummer                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                     |
| PLZ   Ort                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |
| Telefon (freiwillig)                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     |
| Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)                                                                                                                                                                                                        | gültig bis                                                                                          |
| Bei ausländischen Staatsangehörigen:<br>Datum der Einreise nach Deutschland _____                                                                                                                                                                     |                                                                                                     |
| Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,<br>folgende:                                                                                                                                           |                                                                                                     |
| Betreuer:in, Name und Anschrift                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |
| Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Bitte Nachweis vorlegen.                                                                                                                                             |                                                                                                     |
| Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                    |                                                                                                     |
| Merkzeichen                                                                                                                                                                                                                                           | gültig bis                                                                                          |

#### Ehe-/Lebenspartner:in, Lebensgefährte:in

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familiename                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                     |
| Geburtsname und früher geführte Namen                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                     |
| Vorname/n                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsort                                                                                                                                                                                                                                            | Staatsangehörigkeit                                                                                 |
| Familienstand                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend    _____<br><span style="margin-left: 200px;">seit wann</span> |                                                                                                     |
| Straße   Hausnummer                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                     |
| PLZ   Ort                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |
| Telefon (freiwillig)                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     |
| Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)                                                                                                                                                                                                        | gültig bis                                                                                          |
| Bei ausländischen Staatsangehörigen:<br>Datum der Einreise nach Deutschland _____                                                                                                                                                                     |                                                                                                     |
| Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,<br>folgende:                                                                                                                                           |                                                                                                     |
| Betreuer:in, Name und Anschrift                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |
| Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Bitte Nachweis vorlegen.                                                                                                                                             |                                                                                                     |
| Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                    |                                                                                                     |
| Merkzeichen                                                                                                                                                                                                                                           | gültig bis                                                                                          |

**Leiden Personen im Haushalt unter einer Erkrankung, die eine kostenaufwändigere Ernährung verursacht?**

nein  ja, folgende Personen: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrer Sachbearbeitung.

**Antragstellende Person**

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Art der Krankenversicherung                                         |  |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich                                 |  |
| <input type="checkbox"/> freiwillig                                 |  |
| <input type="checkbox"/> familienversichert                         |  |
| <input type="checkbox"/> privat                                     |  |
| <input type="checkbox"/> keine Versicherung                         |  |
| Name der Krankenkasse                                               |  |
| Anschrift der Krankenkasse                                          |  |
| Krankenversicherungsnummer                                          |  |
| Pflegegrad                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt                      |  |
| <input type="checkbox"/> ist beantragt                              |  |
| <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt                            |  |
| <input type="checkbox"/> ist bewilligt, es besteht Pflegegrad _____ |  |
| Steuer-ID                                                           |  |

**Ehe-/Lebenspartner:in, Lebensgefährte:in**

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Art der Krankenversicherung                                         |  |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich                                 |  |
| <input type="checkbox"/> freiwillig                                 |  |
| <input type="checkbox"/> familienversichert                         |  |
| <input type="checkbox"/> privat                                     |  |
| <input type="checkbox"/> keine Versicherung                         |  |
| Name der Krankenkasse                                               |  |
| Anschrift der Krankenkasse                                          |  |
| Krankenversicherungsnummer                                          |  |
| Pflegegrad                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt                      |  |
| <input type="checkbox"/> ist beantragt                              |  |
| <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt                            |  |
| <input type="checkbox"/> ist bewilligt, es besteht Pflegegrad _____ |  |
| Steuer-ID                                                           |  |

**2. Haushaltsgemeinschaft**

In meinem/unserem Haushalt leben insgesamt \_\_\_\_\_ Person/en.

**Folgende weitere Personen leben mit im Haushalt:**

Sollten mehr als zwei weitere Personen im Haushalt leben, tragen Sie diese bitte auf dem Zusatzblatt ein.

**Weitere Person im Haushalt**

|                                                       |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familiename                                           |                                                                                                     |
| Geburtsname und früher geführte Namen                 |                                                                                                     |
| Vorname/n                                             |                                                                                                     |
| Geburtsdatum                                          | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsort                                            | Staatsangehörigkeit                                                                                 |
| Familienstand                                         |                                                                                                     |
| Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person |                                                                                                     |
| Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)        | gültig bis                                                                                          |
| Beruf                                                 | Bruttoeinkommen/Jahr                                                                                |

**Weitere Person im Haushalt**

|                                                       |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familiename                                           |                                                                                                     |
| Geburtsname und früher geführte Namen                 |                                                                                                     |
| Vorname/n                                             |                                                                                                     |
| Geburtsdatum                                          | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsort                                            | Staatsangehörigkeit                                                                                 |
| Familienstand                                         |                                                                                                     |
| Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person |                                                                                                     |
| Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)        | gültig bis                                                                                          |
| Beruf                                                 | Bruttoeinkommen/Jahr                                                                                |

### 3. Kosten der Unterkunft

Als Mieter:in empfehlen wir, die beigefügte Mietbescheinigung zu verwenden.

Als Eigentümer:in legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

### 4. Einkommen

Über welches Einkommen verfügen Sie? Setzen Sie bei den folgenden Einkommensarten das passende Kreuz und tragen Sie die monatliche Höhe ein.

#### Einkommen der antragstellenden Person

|                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Renten bzw. Pensionen</b><br>(z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente)                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Rentenart       |
| <b>Betriebsrenten</b>                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Witwen-/Witwerrente</b>                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>(Halb-)Waisenrente</b>                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Ausländische Renten/Rentenansprüche</b>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Land            |
| <b>Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen</b>                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Arbeitseinkommen (brutto)</b><br>aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit                                                                                                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Sonderzahlungen |
|                                                                                                                                                                                            | Arbeitgeber:in                                                     |                 |
| <b>Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters</b>                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Kindergeld</b>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Unterhalt/Unterhaltsvorschuss</b>                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Wohngeld</b>                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Sonstige Einkünfte</b> (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)                                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Art             |
| <b>Versorgungsleistungen</b> (z.B. BVG, OEG)                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Kapitalerträge</b> (z.B. Zinsen)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Miet- und Pachteinnahmen</b>                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Erhalt von Sachbezügen</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige |                                                                    |                 |

#### Einkommen Ehe-/Lebenspartner:in, Lebensgefährte:in

|                                                                                             |                                                                    |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Renten bzw. Pensionen</b><br>(z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente)                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Rentenart       |
| <b>Betriebsrenten</b>                                                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Witwen-/Witwerrente</b>                                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>(Halb-)Waisenrente</b>                                                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Ausländische Renten/Rentenansprüche</b>                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Land            |
| <b>Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen</b>                                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Arbeitseinkommen (brutto)</b><br>aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Sonderzahlungen |
|                                                                                             | Arbeitgeber:in                                                     |                 |
| <b>Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters</b>                                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Kindergeld</b>                                                                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |

|                                                                                                                                                                                            |                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Unterhalt/Unterhaltsvorschuss</b>                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |     |
| <b>Wohngeld</b>                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |     |
| <b>Sonstige Einkünfte</b> (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)                                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Art |
| <b>Versorgungsleistungen</b> (z.B. BVG, OEG)                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |     |
| <b>Kapitalerträge</b> (z.B. Zinsen)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |     |
| <b>Miet- und Pachteinnahmen</b>                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |     |
| <b>Erhalt von Sachbezügen</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige |                                                                    |     |

**Einkommen 1. weitere Person im Haushalt**

|                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Renten bzw. Pensionen</b><br>(z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente)                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Rentenart       |
| <b>Betriebsrenten</b>                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Witwen-/Witwerrente</b>                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>(Halb-)Waisenrente</b>                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Ausländische Renten/Rentenansprüche</b>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Land            |
| <b>Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen</b>                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Arbeitseinkommen (brutto)</b><br>aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit                                                                                                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Sonderzahlungen |
|                                                                                                                                                                                            | Arbeitgeber:in                                                     |                 |
| <b>Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters</b>                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Kindergeld</b>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Unterhalt/Unterhaltsvorschuss</b>                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Wohngeld</b>                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Sonstige Einkünfte</b> (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)                                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Art             |
| <b>Versorgungsleistungen</b> (z.B. BVG, OEG)                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Kapitalerträge</b> (z.B. Zinsen)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Miet- und Pachteinnahmen</b>                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Erhalt von Sachbezügen</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige |                                                                    |                 |

**Einkommen 2. weitere Person im Haushalt**

|                                                                            |                                                                    |           |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Renten bzw. Pensionen</b><br>(z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Rentenart |
| <b>Betriebsrenten</b>                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |           |
| <b>Witwen-/Witwerrente</b>                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |           |
| <b>(Halb-)Waisenrente</b>                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |           |
| <b>Ausländische Renten/Rentenansprüche</b>                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Land      |
| <b>Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen</b>                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |           |

|                                                                                                                                                                                            |                                                                    |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Arbeitseinkommen (brutto)</b><br>aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit                                                                                                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Sonderzahlungen |
|                                                                                                                                                                                            | Arbeitgeber:in                                                     |                 |
| <b>Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters</b>                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Kindergeld</b>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Unterhalt/Unterhaltsvorschuss</b>                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Wohngeld</b>                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Sonstige Einkünfte</b> (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)                                                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Art             |
| <b>Versorgungsleistungen</b> (z.B. BVG, OEG)                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Kapitalerträge</b> (z.B. Zinsen)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Miet- und Pachteinnahmen</b>                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |                 |
| <b>Erhalt von Sachbezügen</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige |                                                                    |                 |

**Haben Sie oder eine der im Antrag aufgeführten Personen sich im Ausland aufgehalten und dort eine Erwerbstätigkeit wahrgenommen?**

nein  ja Wer? Bitte machen Sie detaillierte Angaben (z.B. Ort, Zeitraum, Arbeitgeber:in) auf einem zusätzlichen Blatt.

**Verfügen Sie oder eine der im Antrag aufgeführten Personen noch über weitere Einkünfte (einmalig oder laufend) aus den letzten zwölf Monaten, die oben nicht aufgezählt wurden?**

nein  ja  
Wer? Art, Höhe, Datum des Zuflusses

**Beinhaltet eine der Rentenzahlungen Ansprüche, die aufgrund freiwillig gezahlter Beiträge entstanden sind?**

nein  ja  
Welche?

**Nehmen Sie oder eine der im Antrag aufgeführten Personen am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in einer Tagesstätte teil?**

nein  ja  
Wer? An wie vielen Tagen in der Woche?

**5. Angaben zu Versicherungen, sonstigen Belastungen und anderen Verpflichtungen**

Kreuzen Sie bitte an, welche dieser Versicherungen und Verpflichtungen auf Sie zutreffen. Tragen Sie zudem die monatliche Höhe ein und legen dem Antrag Nachweise bei.

|                               |                                                                    |                               |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Haftpflichtversicherung       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Versicherungsnehmer:in        |
| Hausratversicherung           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Versicherungsnehmer:in        |
| Altersvorsorgebeiträge        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Versicherungsnehmer:in        |
| Sterbegeldversicherung        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Versicherungsnehmer:in        |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstätte | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | Arbeitnehmer:in Wegstrecke km |
| Sonstige                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | wenn ja, was und wofür        |

### 6. Vermögen

Bitte tragen Sie alles ein, auch wenn Sie sich unsicher sind, ob es sich um Vermögen handelt und fügen Nachweise bei. Dazu zählt auch jegliches Vermögen im Ausland. Das Amt für soziale Leistungen wird dann entscheiden, ob es sich um Vermögen, welches wichtig für die spätere Hilfestellung ist, handelt.

#### Vermögen der antragstellenden Person

|                                                                 |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Bargeld                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Sparbücher                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Anzahl der Konten (z.B. Girokonten), die Sie insgesamt besitzen | Anzahl                                                             |

#### Vermögen Ehe-/Lebenspartner:in, Lebensgefährte:in

|                                                                 |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Bargeld                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Sparbücher                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Anzahl der Konten (z.B. Girokonten), die Sie insgesamt besitzen | Anzahl                                                             |

#### Vermögen 1. weitere Person im Haushalt

|                                                                 |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Bargeld                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Sparbücher                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Anzahl der Konten (z.B. Girokonten), die Sie insgesamt besitzen | Anzahl                                                             |

#### Vermögen 2. weitere Person im Haushalt

|                                                                 |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Bargeld                                                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Sparbücher                                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € |
| Anzahl der Konten (z.B. Girokonten), die Sie insgesamt besitzen | Anzahl                                                             |

#### IBAN und aktueller Kontostand aller Konten

|                 |      |              |
|-----------------|------|--------------|
| Kontoinhaber:in | IBAN | Kontostand € |
| Kontoinhaber:in | IBAN | Kontostand € |
| Kontoinhaber:in | IBAN | Kontostand € |
| Kontoinhaber:in | IBAN | Kontostand € |
| Kontoinhaber:in | IBAN | Kontostand € |

#### Geldanlagen, Aktien, Lebens- und Kapitalversicherungen, Bausparverträge

|                                                           |               |     |         |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Eigentümer:in | Art | Summe € |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|---------|

#### Bestattungsvorsorgeverträge

|                                                           |            |     |         |
|-----------------------------------------------------------|------------|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Inhaber:in | Art | Summe € |
|-----------------------------------------------------------|------------|-----|---------|

#### Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente)

|                                                           |               |     |         |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Eigentümer:in | Art | Summe € |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|---------|

**Kraftfahrzeug, Motorrad etc.**

|                                                           |               |        |                              |         |
|-----------------------------------------------------------|---------------|--------|------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Eigentümer:in | Modell | Kilometerstand <sup>km</sup> | Baujahr |
|-----------------------------------------------------------|---------------|--------|------------------------------|---------|

**Haus- und Grundbesitz** (auch im Ausland)

|                                                           |               |                      |
|-----------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Eigentümer:in | Angaben zum Eigentum |
|-----------------------------------------------------------|---------------|----------------------|

**Sonstige Vermögenswerte (z.B. Schmuck, Sachwerte)**

|                                                           |               |     |        |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|--------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Eigentümer:in | Art | Wert € |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|--------|

**Besitzen Sie noch weiteres Vermögen, das bislang nicht aufgezählt wurde?**

|                                                           |               |     |        |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|--------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Eigentümer:in | Art | Wert € |
|-----------------------------------------------------------|---------------|-----|--------|

**Haben Sie in den letzten zehn Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben?**

|                                                           |                    |                           |        |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Begünstigte Person | Zeitpunkt, Anlass und Art | Wert € |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|--------|

**7. Vorrangige Leistungen und Ansprüche**

Machen Sie Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen der antragstellenden Person/en. Tragen Sie alle Personen ein, die **nicht** mit Ihnen in einem Haushalt leben. Bei weiteren Personen verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

| <b>Vater</b><br><input type="checkbox"/> verstorben | <b>Mutter</b><br><input type="checkbox"/> verstorben | <b>Ehegatte:in<br/>Lebenspartner:in</b> | <b>(volljähriges) Kind</b><br><input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder | <b>(volljähriges) Kind</b><br><input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname                                        | Familienname                                         | Familienname                            | Familienname                                                                 | Familienname                                                                 |
| Vorname/n                                           | Vorname/n                                            | Vorname/n                               | Vorname/n                                                                    | Vorname/n                                                                    |
| Geburts-/ Sterbedatum                               | Geburts-/ Sterbedatum                                | Geburts-/ Sterbedatum                   | Geburts-/ Sterbedatum                                                        | Geburts-/ Sterbedatum                                                        |
| Straße, Hausnummer                                  | Straße, Hausnummer                                   | Straße, Hausnummer                      | Straße, Hausnummer                                                           | Straße, Hausnummer                                                           |
| Wohnort                                             | Wohnort                                              | Wohnort                                 | Wohnort                                                                      | Wohnort                                                                      |
| ausgeübter Beruf                                    | ausgeübter Beruf                                     | ausgeübter Beruf                        | ausgeübter Beruf                                                             | ausgeübter Beruf                                                             |

**Das Jahreseinkommen liegt vermutlich über 100.000 € (brutto)**

| <b>Vater</b>                                              | <b>Mutter</b>                                             | <b>Ehegatte:in<br/>Lebenspartner:in</b> | <b>(volljähriges) Kind</b>                                | <b>(volljähriges) Kind</b>                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wie unter Punkt 4. angegeben            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

**Wurde bereits ein Antrag auf eine andere Leistung für eine der mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen gestellt, über den noch nicht entschieden worden ist?** (z.B. Rente, Krankengeld, Unterhaltsvorschuss, Wohngeld usw.)

|                                                           |                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Für wen und wo? Datum des Antrags, Aktenzeichen |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

**Bestehen Erbansprüche?**

|                                                           |         |              |        |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------|--------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Erbe:in | Erblasser:in | Wert € |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------|--------|

**Bestehen Ansprüche aus Wohnungsverträgen?** (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch)

|                                                           |                    |     |         |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | begünstigte Person | Art | Summe € |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----|---------|

**Bestehen sonstige Ansprüche oder Forderungen gegen Dritte?** (z.B. Versicherungen)

|                                                           |                    |     |         |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | begünstigte Person | Art | Summe € |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----|---------|

Ist eine der oben genannten Personen Inhaber:in eines Vertriebenenausweises oder einer Spätaussiedlerbescheinigung?

(§§ 1 bis 4 BVFG)

|                                                           |            |
|-----------------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Inhaber:in |
|-----------------------------------------------------------|------------|

**8. Aufenthaltsort**

|                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Wann sind Sie an Ihren jetzigen Aufenthaltsort gezogen?                                                                                                                               | Datum                                                                            |
| Wie lautete Ihre vorherige Adresse?                                                                                                                                                   | Straße   Hausnummer                                                              |
|                                                                                                                                                                                       | PLZ   Ort                                                                        |
| <b>Haben Sie sich vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit in einer Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim) aufgehalten oder wurden Sie in Ihrer jetzigen Wohnung ambulant betreut?</b> |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                             | Wer? Anschrift der Einrichtung/ambulanten Wohnmöglichkeit, ggfs. Kostenträger:in |

**9. Bitte begründen Sie, warum Sie Leistungen nach dem SGB XII beantragen.**



### 10. Bankverbindung

Bitte geben Sie die Bankverbindung an, auf die die bewilligten Leistungen überwiesen werden sollen.

|                 |                                          |
|-----------------|------------------------------------------|
| Kontoinhaber:in |                                          |
| Geldinstitut    | Ort des Geldinstitutes                   |
| IBAN            | BIC (nur für ausländische Geldinstitute) |

Ich ermächtige hiermit das o.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung der Leistungsträgerin zurückzuzahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erb:innen erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.

#### Erklärung

Ich/Wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Dies gilt auch für Zusatzblätter und Anlagen, die diesem Antrag beigelegt sind. Mir/Uns ist bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und ich/wir zu Unrecht erlangte Leistungen zurück erstatten muss/müssen.

Ich/Wir bestätige/n den Erhalt des Merkblatts, in dem ich/wir über meine/unsere Rechte und Pflichten aufgeklärt wurde/n.

Über meine/unsere Mitwirkungspflichten, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. SGB I wurde/n ich/wir unterrichtet. Es besteht eine Verpflichtung, dem Amt für soziale Leistungen sofort und ohne Aufforderung alle Tatsachen mitzuteilen, die für die Leistungsgewährung wichtig sind. Dazu zählen insbesondere Änderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen, Abwesenheit, Ein- und Auszug von Mitgliedern der Haushaltsgemeinschaft sowie Aufnahme von Arbeit.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a SGB X und die weitere Datenverarbeitung nach § 67 b SGB X.

Weitere Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie auf [www.mainz.de/dsgvo](http://www.mainz.de/dsgvo).

Durch meine/unsere Unterschrift/en erkläre/n ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der abgegebenen Erklärungen.

Ort | Datum

Unterschrift der antragstellenden Person  
oder der gesetzlichen Vertretung

Unterschrift der/des Ehe-/Lebenspartner:in  
bzw. Partner:in in eheähnlicher Gemeinschaft

#### Änderungsvermerke

Ich/Wir bestätige/n, dass die Änderungen, die von Mitarbeiter:innen der Behörde vorgenommen wurden, mit mir/uns besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort | Datum

Unterschrift der antragstellenden Person  
oder der gesetzlichen Vertretung

Unterschrift der/des Ehe-/Lebenspartner:in  
bzw. Partner:in in eheähnlicher Gemeinschaft

Ort | Datum

Unterschrift Sachbearbeiter:in