

Eingang:	Angaben zur Weitergewährung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) Bitte vollständig ausfüllen, Nichtzutreffendes streichen.	Az:
----------	---	-----

	1. Person	2. Person
Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Leistungsbezieher(in) 1	<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrenntlebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname, (Geburtsname), Vorname		
Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)		
Aufenthaltsstatus (bei Änderung bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis
Geburtsdatum		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> LP* <input type="checkbox"/> LP* aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend (Ehe) <input type="checkbox"/> getrennt lebend (LP*) seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> LP* <input type="checkbox"/> LP* aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend (Ehe) <input type="checkbox"/> getrennt lebend (LP*) seit:.....
Gesamtzahl der Personen in Ihrer WohnungPersonen	
Unterkunfts- und Heizkosten (bei Änderungen bitte Nachweise/ Abrechnungen beifügen)	Nebenkosten: Heizkosten: Grundmiete:	Änderungen: <input type="checkbox"/> ja, ab <input type="checkbox"/> nein
Einkommen z.B. Rentenzahlungen im In- u. Ausland, Betriebsrente, Erwerbseinkommen (bei Änderungen bitte Nachweise/ Abrechnungen beifügen)	Änderungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u>Wenn ja, welche?</u>	Änderungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u>Wenn ja, welche?</u>

Antrag_auf_Grundsicherung_im_Alter_und_bei_Erwerbsminderung_Weitergewährung.dotm

*Lebenspartnerschaft

Vermögen (bei Änderungen bitte immer Nachweise/ Abrechnungen beifügen z.B. Sparbuch, Lebensversicherung o. ä., KFZ, Bausparvertrag, Grundstücke/Haus- und Wohnungseigentum – auch im Ausland)	Kontostand bitte immer angeben!	Kontostand bitte immer angeben!
	Sparbuch: Datum: Girokonto: Datum: Sonstiges Vermögen: Änderungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?	Sparbuch: Datum: Girokonto: Datum: Sonstiges Vermögen: Änderungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?
Pflegeleistungen (bei Änderungen bitte Nachweise beifügen)	Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am Pflegegrad bewilligt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am Pflegegrad bewilligt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit
Schwerbehindertenausweis (falls zwischenzeitlich beantragt/erteilt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis Grad der Behinderung: Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis Grad der Behinderung: Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am:
Krankheitsbedingte kostenaufwändige Ernährung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erkrankung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erkrankung:
Rechtliche Betreuung/ Bevollmächtigung (Bitte Kopie beifügen)	Name: Vorname: Anschrift:	Name: Vorname: Anschrift:
Abwesenheitszeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Zeitraum angeben! <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> Kur- oder Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> bei häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Zeitraum angeben! <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> Kur- oder Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> bei häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
Seit meiner letzten Erklärung haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte erläutern und nachweisen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte erläutern und nachweisen!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen und den Erhalt des Merkblattes **Hinweise und Schlusserklärungen** (Seite 3).

	1. Person	2. Person
Datum		
Unterschrift		

Hinweise und Schlusserklärungen

1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden - unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung - aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrug führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsopferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und § 7 Abs. 4 AsylbLG). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

3. Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII, des AsylbLG und des BVG. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

4. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.