



Erstantrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Folgeantrag zum Aktenzeichen 52.30 - _____
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Eingang: _____

Art der Hilfe <input type="checkbox"/> KRIEGSOPFERFÜRSORGE <input type="checkbox"/>		
Antragsteller (Name, Vorname)		Verhältnis zum Hilfesuchenden
Überweisung auf das Konto bei (BLZ)	Kontonummer	Kontoinhaber

1. Hilfesuchender

Name, Vorname (<u>auch</u> frühere Familiennamen und den Geburtsnamen)		Schulabschluss
Geburtsdatum, -ort		Staatsangehörigkeit
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Ortsteil, PLZ, Ort)		Telefonnummer
erlernter Beruf		jetzige Tätigkeit
Familienstand (Zutreffendes bitte ankreuzen) Bei Ziffer 2 bitte nur die Nummer angeben! <input type="checkbox"/> ledig (1) <input type="checkbox"/> verheiratet (2) <input type="checkbox"/> verwitwet (3) <input type="checkbox"/> geschieden (4) <input type="checkbox"/> getrennt lebend (5) seit:		

2. alle Personen im Haushalt des Hilfesuchenden

Name, Vorname, ggf. <u>auch</u> Geburtsname und frühere Familiennamen	Geburtsdatum	Familienstand	Stellung im Haushalt	Staatsangehörigkeit
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				

3. alle Personen außerhalb des Haushaltes des Hilfesuchenden

(Eltern, Kinder, getrennt lebende Ehegatten, geschiedene Ehegatten)

Name, Vorname	Geburtsdatum /-ort	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift (Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort)
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				

Stellungnahme der Samtgemeinde / Gemeinde / Stadtverwaltung: (nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Es besteht Haushaltsgemeinschaft mit anderen Personen: Ja Nein

Wenn ja, mit wem: _____

Die Angaben wurden geprüft und werden als richtig bestätigt.

(Stempel)

(Datum, Unterschrift)

4. Einkommensverhältnisse (der unter Ziffer 1. und 2. genannten Personen)

Der Hilfesuchende und die Personen in seinem Haushalt haben folgende Einkünfte:
(Zutreffendes ist anzukreuzen)

	Hilfesuchender monatlich	Ehegatte (sofern nicht getrennt lebend) monatlich	Vater (sofern der Hilfsesu- chende minderjährig und unverheiratet ist) monatlich	Mutter (sofern der Hilfe- suchende minder- jährig und unver- heiratet ist) monatlich
<input type="checkbox"/> kein Einkommen				
<input type="checkbox"/> aus nichtselbständiger Arbeit				
<input type="checkbox"/> aus selbständiger Arbeit				
<input type="checkbox"/> Steuerrückerstattung (1/12)				
<input type="checkbox"/> Rente (gesetzliche) Art:				
<input type="checkbox"/> Zusatz-/Werksrenten				
<input type="checkbox"/> WfbM-Lohn/Arbeitsförderungsgeld				
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe				
<input type="checkbox"/> Krankengeld, Mutterschaftsgeld				
<input type="checkbox"/> BAföG/Berufsausbildungsbeihilfe				
<input type="checkbox"/> Kindergeld				
<input type="checkbox"/> Pensionen				
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe				
<input type="checkbox"/> Wohngeld				
<input type="checkbox"/> Grundsicherung				
<input type="checkbox"/> Zinsen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges				

NACHWEISE
BEIFÜGEN

Mit der Erzielung der Einkünfte ver- bundene Ausgaben:		Hilfesuchender	Ehegatte	Vater	Mutter
Arbeitgeber (Name, Anschrift)					
Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	Verkehrsmittel Entfernung (einfache) km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km
Sonstige mit der Erzielung der Ein- künfte verbundene Aufwendungen					

5. Beantragte Leistungen anderer Träger oder Personen

Folgende Leistungen sind beantragt, ohne dass bisher eine Entscheidung ergangen ist: (Zutreffendes ist anzukreuzen)

<input type="checkbox"/> keine	bei (z.B. LVA/ BfA, Arbeitsamt, Krankenkasse)	Akten-, Geschäftszeichen, Kundennummer	Antragsdatum
<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe <input type="checkbox"/> Krankengeld			
<input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld <input type="checkbox"/> BAföG <input type="checkbox"/> BAB			
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss			
<input type="checkbox"/> Sonstiges			

6. Vermögensverhältnisse (der unter Ziffer 1. und 2. genannten Personen)

a) Grundbesitz

Grundbesitz ist vorhanden
wenn ja, Bezeichnung

Nein Ja
Eigentümer

Verkehrswert angeben

Größe des Grundstücks: _____ m²

Größe der Wohnfläche: _____ m²

b) Guthaben

Guthaben ist vorhanden

Nein Ja

	Hilfesuchender	Ehegatte (sofern nicht getrennt lebend)	Vater (sofern der Hilfesu- chende minderjährig und unverheiratet ist)	Mutter (sofern der Hilfesu- chende minderjährig und unverheiratet ist)
	Kontostand zurzeit	Kontostand zurzeit	Kontostand zurzeit	Kontostand zurzeit
<input type="checkbox"/> Bargeld				
<input type="checkbox"/> Girokonto				
<input type="checkbox"/> Sparkonto				
<input type="checkbox"/> Sparkonto				
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag				
<input type="checkbox"/> Sonstiges Guthaben				

c) Sonstiges Vermögen (z.B. Pkw, Lkw, Wertpapiere, Depots, Aktien, Kapital(Lebens)-versicherungen, sonstige Forderungen u.ä.)

Sonstiges Vermögen ist vorhanden:

Nein Ja

wenn ja, Bezeichnung

Bestehen Ansprüche aus Altenteilsvertrag? Nein Ja

Der Hilfesuchende oder die Personen in seinem Haushalt ist/sind Halter/Eigentümer des/der nachfolgenden Kraftfahrzeuge/s:

Kfz- Kennzeichen	Fahrzeugtyp	Baujahr	Kilometerstand	Wert

7. Laufende Zahlungsverpflichtungen (Mietvertrag und Belege beifügen!)

Miete	Wohnfläche in m ²	Vermieter (Name, Vorname, Anschrift)	Betrag monatlich
	Einnahmen aus Unter- vermietung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Wohngeld beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wohngeldnummer:	
Versicherungen (Unzutreffendes bitte streichen!)	Kranken-/Pflegeversicherung bei		Betrag monatlich
	Versicherungsnummer:		
	Lebensversicherung bei		
	Sterbeversicherung bei		
	Haftpflichtversicherung bei		
	Hausratversicherung bei		
Sonstige:			
besondere Belastungen: (z.B.: Schuldverpflichtungen, Unterhaltsleistungen)			Betrag monatlich

8. Einkommen der Unterhaltsverpflichteten außerhalb des Haushaltes

aus Ziffer 3	Beruf	Arbeitgeber/Versicherungsträger/Einkommen ca.
zu Buchsta- be		
zu Buchsta- be		

9. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

gewöhnlicher Aufenthalt <u>vor</u> Beantragung der Hilfe	
Aufenthalt von - bis	in
Aufenthalt von - bis	in
bisheriger Kostenträger	

10. Sozialhilfe bereits früher erhalten

Nein Ja

Zeitpunkt ca.	von (Angabe des Sozialhilfeträgers)
---------------	-------------------------------------

11. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz

Nein Ja

Hinweis:

Ein Anspruch besteht u.a., wenn ein Sohn durch Ereignisse, die im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg stehen, zu Tode gekommen ist.

12. Hilfesuchender oder Ehegatte im Besitz eines Schwerbehindertenausweises

Nein Ja (Kopie beifügen)

13. Beruht die Behinderung aufgrund eines Unfalls, Impfschadens, Gewaltverbrechens, ärztlichen Behandlungsfehlers oder anderes schädigenden Ereignis?

Nein Ja

(bitte aussagefähige Schilderung)

14. Begründung zum Antrag (ggf. auf gesondertem Blatt)

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Mir ist bekannt, dass ich wissentlich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht bezogene Leistungen erstaten muss. Ich bin davon unterrichtet, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte (auch von Angehörigen im Haushalt), Kuren usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Fachdienst Sozialhilfe beim Landkreis Lüneburg mitzuteilen habe. Ich bestätige den Empfang des Merkblattes über die „Pflichten des Sozialhilfeempfängers“. Mir ist bekannt, dass die gemachten Angaben zur Berechnung der Sozialhilfeleistungen erforderlich sind. Gegen eine teilweise Datenspeicherung habe ich deshalb keine Einwendungen. Ein Sozialhilfedatenabgleich gemäß § 117 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) findet statt.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte, den jeweiligen Amtsarzt – ggf. mit seinem nebenamtlichen Vertragsarzt – sowie ärztliche Gutachter von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Landkreis Lüneburg sowie der Einrichtung, in der der Hilfesuchende betreut werden soll. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Datum

Unterschriften