

Zusatzblatt der Haushaltsangehörigen zum Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)

Bezirksamt von Berlin
Geschäftsbereich

I.	Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrages notwendig. Die gesetzliche Grundlage für die Erhebung der Daten entnehmen Sie dem beigefügten Zusatzblatt.	Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben - unter V des Antrages oder - auf einem gesonderten Blatt
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in/Personenziffer 2			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> seit
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil
Haben die o.g. Personen bzw. haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			

II.	Einkommen der Haushaltsangehörigen	Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraums (mtl./wöchentl./tgl.) <small>Bitte Nachweise beifügen.</small>			
Bezeichnung	Bewilligungsstelle	Geschäftszeichen, Rentenabrechnungsnummer, o. Ä.	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Nichtselbstständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)					
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)					
Gewerbebetrieb					
Land- und Forstwirtschaft					
Sonstige selbstständige Tätigkeiten					
Vermietung und Verpachtung					
Wohngeld/Lastenzuschuss					

Renten/Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/ -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, Sonstige Renten/ Pensionen)					
Sozialhilfeleistungen					
Grundsicherungsleistungen					
Asylbewerberleistung					
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz					
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)					
Leistungen § 48a SGB II (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u. a.)					
Kindergeld					
Kindergeldzuschlag					
Einkommensteuer					
Ausbildungsförderung					
Unterhalt					
Unterhaltsvorschuss					
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)					
Steuererstattung					
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)					
Sonstige Einkünfte					
Kein Einkommen			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Leistungen nach Nr. II beantragt, über die noch nicht entschieden wurde? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓					
Personenziffer	Art der Leistung		Zeitpunkt		EUR
Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓					
Personenziffer	Art der Leistung		Zeitpunkt		EUR
III. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge					
Keine absetzbaren Beträge	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5		
Ausgaben mtl. Betrag					
Einkommenssteuer*					
Krankenversicherung*					

Pflegeversicherung*			
Arbeitslosenversicherung*			
Rentenversicherung*			
Kirchensteuer*			
Unfallversicherung			
Altersvorsorgebeiträge			
Hausratsversicherung			
Sterbeversicherung			
Lebensversicherung			
Haftpflichtversicherung			
Aufwendungen für Arbeitsmittel			
Beiträge für Berufsverbände			
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung			
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit	km	km	km
- öffentlichen Verkehrsmitteln			
- PKW			
- Kleinst-Pkw (bis 500 ccm)			
- Motorraâ			
- Mofa			
- Sonstiges			
Nähere Begründung zu „Sonstiges“			

IV. Vermögensverhältnisse (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Sparguthaben/Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein			
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein			
Sachwerte von besonderem Wert	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	Art		
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	Art		
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	Art		
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	amtl. Kennzeichen		
Fabrikat	Baujahr	Halter		

Hauseigentum oder Grundbesitz Bitte Anlage 3 ausfüllen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	→		
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	→		
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	→		

V. Sonstige Angaben, z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

VI. Leistungen für besondere Mehrbedarfe

Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts.

Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:

<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche → Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten → Vorlage des Bewilligungsbescheides	Name: _____ Name: _____	Vorname _____ Vorname: _____
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen → vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____ Name: _____	Vorname _____ Vorname _____

VII. Bestandteile des Antrages sind die Anlagen

- 1 - Unterhalt - 2 - Ausländer - 3 - Grundbesitz - 4 - Eingliederungshilfe - 6 - Mietschulden

VIII. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt

Erklärung:

Den Antrag auf Grundsicherungsleistungen mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Die Angaben zu den anderen im Haushalt befindlichen Personen

- habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde und die Richtigkeit mit meiner Unterschrift bestätigt oder
- haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und
- die Richtigkeit mit Ihrer Unterschrift bestätigt.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen/Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin/ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern,
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern,
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermächtigungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalten habe, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z. B. Rententräger, Krankenkasse) als Verfahrensgläubiger nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Unterschrift des Antragstellers/Datum	ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten
Unterschrift der 3. Person bzw. des gesetzlichen Vertreters / Datum	Unterschrift der 4. Person bzw. des gesetzlichen Vertreters / Datum
Unterschrift der 5. Person bzw. des gesetzlichen Vertreters / Datum	
Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt	Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum