

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

Eingangsstempel

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung  Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5-9 SGB XII, und zwar in Form von:  
(z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Ausgegeben am:

**Der/die hilfebedürftige Person ist**

- Kriegsbeschädigte(r) oder Kriegshinterbliebene(r)
- Ausländer(in), Staatenlose(r)
- Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in)

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 56321 Rhens

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
6	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	
7	Vorname(n)	
8	Wohnanschrift: PLZ, Ort	
9	Straße, Nr.	
10	Telefon (freiwillige Angabe)	
11	Geburtsdatum	
12	Geburtsort/Kreis	
13	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet	
14	Staatsangehörigkeit aufenthaltsrechtlicher Status	
15	Ausweispapiere <input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> Pers. Ausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Nr. <input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> Pers. Ausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Nr.	
16	Ausstellungstag- u. Behörde	
17	Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig? <input type="checkbox"/> erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> pflegebedürftig <input type="checkbox"/> Grad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
18	ggf. warum? (Gebrechen)	
19	Schwerbehindertenausweis ausgestellt am: <input type="checkbox"/> GdB <input type="checkbox"/> Merkzeichen	
20	Betreuer/in (Kopie Bestellungs-urkunde beifügen)	
21	Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	
22	Erlerner Beruf	
23	derzeitige/zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
24	derzeitiger/letzter Arbeitgeber	
25	Schulabschluss	

**II. Familienverhältnisse:** Außer der hilfebedürftigen Person und seinem Ehegatten/Lebenspartner\*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in **der Haushaltsgemeinschaft**

	1	2	3	4
26	Familienname (ggf. auch Geburtsname)			
27	Vorname(n)			
28	Geburtsdatum/-ort			
29	Familienstand			
30	Verwandtschaftsverhältn. z. Antragsteller			
31	Beruf			
32	Arbeitgeber oder Art d. Rente usw.			

**Falls die hilfebedürftige Person ein nichteheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:**

33	Name der Person/des Kindes	
34	Name des/der Unterhaltspflichtigen	
35	Wohnanschrift d. Unterhaltspflichtigen	
36	Name des Vormunds, Pflegers	
37	Anschrift d. Vormunds, Pflegers	
38	Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR
39	In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR
40	Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.	

\* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Jüngling Bestel-Nr. 400 410 1001 404 Tel. 089/374 36-0 Fax 089/374 36-344 service@juenglingtag.de

### III. Unterhaltspflichtige Angehörige

#### 1. Nur bei Grundsicherung

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

41	Verfügt eines Ihrer Kinder/ ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)
42	Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/ Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen <b>1</b>	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen <b>2</b>

#### 2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 41 "X" ja" angekreuzt wurde)

43	Familienname, Vorname der/des <b>unterhalts-</b> <b>pflichtigen</b> Angehörigen	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
44	Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.,)				
45	Geburtsdatum				
46	Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgeho- benen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/ge- schiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR		<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/ge- schiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR	

### IV. Einkommensverhältnisse der hilfebedürftigen Person und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

47	Art des Einkommens monatlich	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
48	<b>Kein Einkommen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<b>Einkommen aus</b> Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
50	Gewerbe/Handel/Freiberufe						
51	Land- und Forstwirtschaft						
52	Sonstige selbstständige Tätigkeit						
53	Vermietung und Verpachtung						
54	Leistungen der Kranken-/ Pflegeversicherung						
55	Wohngeld/Lastenzuschuss						
56	Renten/Pensionen (auch aus dem Ausland) (z. B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente)						
57	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
58	Lastenausgleich						
59	Leistungen d. Agentur für Arbeit						
60	Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld)						
61	Ausbildungsförderung						
62	Unterhalt						
63							
64							

### V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

65	Keine absetzbaren Beträge	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
66	<b>Ausgaben</b>						
67	Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
68	Kranken-/Pflegeversicherung						
69	Arbeitslosenversicherung						
70	Rentenversicherung						
71	Altersvorsorgebeiträge						
72	-versicherung						
73	-versicherung						
74	Lebensversicherung						
75	Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
76	- Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
77	- benutztes Verkehrsmittel						
78	- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
79							
80							

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz  
© by REPRO-PRINT VERLAG  
56321 Rhens

Jüngling  
Der Fachverlag  
Bestell-Nr. 400 410 1001 404  
Tel. 089/374 36-0 Fax 089/374 36-3 44 service@junglingverlag.de  
1637

**VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland)** – ggf. Beiblatt verwenden – (Bitte Nachweise beifügen!)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
81 <b>Kein Vermögen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Art des Vermögens</b>	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
82 <b>Bargeld</b>						
83 <b>Bank-/Sparguthaben (inkl. VwL) (bei welchem Kreditinstitut?)</b>						
84 <b>Wertpapiere</b>						
85 <b>Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 105 bis 107 beachten)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
86 <b>Haus-/Wohneigentum</b>						
87 <b>Sonstiger Grundbesitz</b>						
88 <b>Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen/Erstzulassung</b>						
89 <b>Staatlich geförderte private Altersvorsorge</b>						
90 <b>Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)</b>						
91 <b>Sonstiges Vermögen</b>						

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 56321 Rhens

Jüngling 1637 Bestell-Nr. 400 410 1001 404 Tel. 089/374 36-0 Fax 089/374 36-344 service@juenglingverlag.de

**VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte**

**1. Vermögensübertragungen**

92 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?  nein  ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde  
Bemerkungen

**2. Nicht geklärt oder streitige Ansprüche**

93 Glaubt die hilfebedürftige Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?  
 Nein  Ja, und zwar  aus der Sozialversicherung  aus Krankheit  aus Unfall  aus dem Lastenausgleich  
 als Kriegsbeschädigte(r)  aus anderem Rechtsgrund, nämlich

94 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? \_\_\_\_\_

95 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_ Az. \_\_\_\_\_

**3. Versicherungsansprüche**

96 Sind Sie <b>privat kranken- und pflegeversichert</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Steuer-Identifikationsnummer: _____
97 <b>Basistarif</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bei welcher Versicherung: _____ Monatsbeitrag _____ EUR
98 <b>Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?</b>		Monatsbeitrag _____ EUR
99 Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Renten-antragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familien-versicherter	
100 Familienversichert bei		
101 Wenn Sie derzeit <b>nicht</b> Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wann? Von _____ bis _____
102 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse?		
103 Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Renten-antragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familien-versicherter	
104 Besteht eine <b>Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche	
105 Besteht eine <b>Lebensversicherung</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	Vertragsnummer _____ Versicherungssumme _____ EUR fällig am _____
106 Aktuelle Rückkaufswerte (Zeile 104-106)		EUR _____
108 Besteht ein <b>Rentenanspruch</b> , ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei	
109 Falls der Antrag abgelehnt wurde		wann? _____ warum? _____
110 Werden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
111 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?		
112 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen	
113 (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben)		
114 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	

**VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)**

**1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)**

115 Zahl der Personen in der Wohnung: Anzahl _____ Person(en) _____ Wohnfläche: _____ m <sup>2</sup> davon untervermietet: _____ m <sup>2</sup>
116 Gesamtkosten der Unterkunft: _____ EUR
117 davon Kaltmiete: _____ EUR
118 Nebenkosten: _____ EUR
119 Heizungskosten: <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Strom _____ EUR
120 Einnahmen aus Untervermietung _____ EUR
121 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von _____ EUR
122 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von _____ EUR

**2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)**

123 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

**IX. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):**

Erwerbsstatus	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
124 Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125 Erwerbstätig als		
126 Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von _____ bis _____	von _____ bis _____
127	von _____ bis _____	von _____ bis _____
128 Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
129 Stamm-Nr./Kunden Nr.		
130 Arbeitslosengeld nach SGB III Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
131	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**X. Sonstiges:**

132 Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen? . . . . . Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
133 Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
134 Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt? . . . . .	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
135 Falls ja, welche Behörde? . . . . .	
136 Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes	
137 Hat der/die nachfragende Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z. B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG), erhalten? . . . . . Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
138 Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung	
a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme. . .	
139 b) (bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw.) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt? . . . Wer war bisher Kostenträger? . . . . . Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt. . . . .	
140 c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung) Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer Anstalt? . .	
141 (Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes . . . . .	
142 Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . .	
143 Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?	

**XI. Bankverbindung:** Girokonto der hilfebedürftigen Person:

144 IBAN	Kreditinstitut
----------	----------------

**Erklärung der hilfebedürftigen Person/Antragsteller und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. **Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.** Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

145		
Ort, Datum	Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller oder seines gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner eheähnliche Gemeinschaft

**Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.**

146	Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller	Unterschrift des Aufnehmenden
-----	--	-------------------------------

**Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Mitwirkungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).**

Vorstehende Angaben entsprechen  der Wahrheit  nicht der Wahrheit. Die Notlage wird  anerkannt  nicht anerkannt.  
 (Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)  
 Ort, Datum  
 I. A.  
 Mit \_\_\_\_\_ Anlagen an  
 die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 56321 Rhens

Jüngling 1637 Bestell-Nr. 400 410 1001 404 Tel. 089/374 36 -0 Fax 089/374 36 -3 44 service@junglingverlag.de