Ihr PDF-Anzeigeprogramm ist möglicherweise nicht kompatibel für ausfüllbare PDF-Formulare.
https://wiki.machproforms.de/wiki/docwiki/view/Main/06_PDF-Formulare/09_PDF-FormulareNutzung/

Antrag auf Sozialhilfe

Stadt Mühlacker

Kelterplatz 7

75417 Mühlacker

Art der beantragten Hilfe	

Hinweis nach § 67a Sozialgesetzbuch, 10. Buch (SGB X)
Die mit diesem Antrag erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben

Vervielfältigung, Nachahmung, Bereitstellung und Veröffentlichung nur mit Genehmigung
Internet: https://www.machproforms.de
E-Mail: info@machproforms.de

1. Hilfesuchende/r

Familienname			Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen	Vorname		Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort		Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en			aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße	Hausnummer	PLZ 75417	Ort Mühlacker	
Schulabschluss	Erlernter Beruf		Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben seit: Datum (TT.MM.JJJJ)

Stellung im Haushalt ☐ Haushaltsvorstand ☐ Haushaltsangehörige/r	Falls zutreffend: Betreuer (Name, Anschrift)
Telefon (Angabe freiwillig) / Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	

Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan ☐ nein ☐ ja

Zusätzliche Angaben bei Geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten

Datum des Gerichtsurteils	Name des Gerichts	
Geschäftszeichen	Rechtskraft ab (Datum)	Unterhaltsregelung/Versorgungsausgleich

2. Familienangehörige des/der Hilfesuchenden

2.1 Die folgenden Angaben beziehen sich auf

☐ den Vater (nur bei unverheirateten Minderjährigen)
☐ den Ehegatten/die Ehegattin bzw. den/die Lebenspartner/in (nur sofern nicht getrennt lebend)

Familienname			Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen			Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort		Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit/en			aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

MACH | formsolutions

Schulabschluss	Erlernter Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	

Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan ☐ nein ☐ ja

2.2 Mutter des/der Hilfesuchenden (nur bei unverheirateten Minderjährigen)

Familienname			Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen			Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort		Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit/en			aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Schulabschluss	Erlernter Beruf		Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	

Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan ☐ nein ☐ ja

3. Einkommen

Bitte tragen Sie in die Spalte Einkommenskennziffer die entsprechende Zahl ein

1.1 = Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen)
1.2 = Krankengeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss)
2 = Land- und Forstwirtschaft
3 = Gewerbebetrieb
4 = sonstige selbständige Tätigkeit
5 = Kapitalvermögen
6 = Vermietung/Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung)

Renten
7.1 = Berufsunfähigkeitsrente
7.2 = Erwerbsunfähigkeitsrente
7.3 = Altersruhegeld
7.4 = Unfallrente
7.5 = Landwirtschaftliches Altersgeld
7.6 = Witwenrente
7.7 = Waisenrente
7.8 = Erziehungsrente
7.9 = Kinderzuschuss/-zulage zu 7.1 - 7.4
7.10= Pflegegeld zu 7.4
8 = Werksrente
9.1 = Sonstige Renten und Pensionen ohne Kinderzuschuss/-zulage
9.2 = Kindererziehungsleistung

Leistungen nach dem BVG
10.1 = Grundrente
10.2 = Sonstige (ggf. erläutern)

Leistungen nach dem LAG
11.1 = Unterhaltshilfe
11.2 = Pflegegeld
11.3 = Entschädigungsrente

Leistungen nach dem SGB III
12 = Arbeitslosengeld
13 = Kindergeld
14 = Unterhaltsleistungen nach UVG
15 = Ausbildungs- Erziehungsbeihilfen
16 = Ausbildungsförderung
17 = Unterhaltsbeiträge
18 = Leistung nach dem Blinden- und Gehörlosengesetz
19 = Steuererstattung
20 = Sonstige Einkünfte

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Einkommens-kennziffer	Betrag	Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer)
1			€	
2			€	
3			€	
4			€	
5			€	
6			€	
7			€	

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

MACH | formsolutions

4. Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Familienname		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen	Vorname	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Schulabschluss	Erlernter Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Familienname		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen	Vorname	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Schulabschluss	Erlernter Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Bitte tragen Sie in die Spalte Einkommenskennziffer die entsprechende Zahl aus Nummer 3 ein

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Einkommens-kennziffer	Betrag	Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer)
1			€	
2			€	
3			€	
4			€	
5			€	
6			€	

5. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII)

Beiträge für freiwillige Versicherungen

20.1 Hausratsversicherung
20.2 Krankenversicherung
20.3 Pflegeversicherung
20.4 Rentenversicherung
20.5 = Unfallsicherung
20.6 = Sterbeversicherung
20.7 = Lebensversicherung
20.8 = Haftpflichtversicherung
20.9 = Berufsunfähigkeitsversicherung
20.10 = Ausbildungsversicherung
20.11 = Rechtsschutzversicherung
21 = PKW-Haftpflichtversicherung
22 = Aufwendungen für Arbeitsmittel
23 = Beiträge für Berufsverbände
24 = Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung

Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (soweit nicht erstattet)

25.1 = öffentliches Verkehrsmittel
25.2 = PKW
25.3 = Kleinst-PKW
25.4 = Motorrad
25.5 = Mofa

26 = sonstiges

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Einkommens-kennziffer	Betrag	Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Einkommenskennziffer 25.2 und 25.3
1			€	
2			€	
3			€	

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

MACH | formsolutions

6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII)

Bitte tragen Sie in die Spalte Kennziffer die entsprechende Zahl ein

30 = Bargeld
31 = Bank-/Sparguthaben/Bausparguthaben einschließlich vermögenswirksame Leistungen
32 = Wertpapiere
33 = Forderungen
34 = Lebensversicherung (Rückkaufwert)
35 = Hauseigentum
36 = sonstiger Grundbesitz
37 = KFZ
38 = sonstiges Vermögen

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Kennziffer	Nähere Beschreibung	Betrag
1				€
2				€
3				€
4				€
5				€
6				€
7				€

Folgende Personen haben kein Bargeld, Guthaben und Vermögen	

Wurde vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögen auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?

☐ nein ☐ ja

Jahr/Vermögensart/Wert

7. Unterkunft/Heizung (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung)

7.1 Allgemeines/Kosten

	Betrag
Kaltmiete	
Nebenkosten (soweit nicht in der Miete enthalten) (z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung)	
Kosten der Unterkunft monatlich	

Erhalten Sie Wohngeld? ☐ nein ☐ ja, bis Datum (TT.MM.JJJJ) in Höhe von monatlich Betrag

Wohnfläche in qm m² Anzahl der Räume

davon sind untervermietet: Raum/Räume möbliert

Raum/Räume unmöbliert

Heizungsart? ☐ Zentralheizung ☐ Einzelöfen

Energieart? ☐ Kohle ☐ Öl ☐ Gas ☐ Nachtstrom ☐ Haushaltsstrom ☐ Fernwärme

Darin Kochfeuerung enthalten? ☐ nein ☐ ja

Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) Betrag ☐ ohne ☐ mit Warmwasserbereitstellung

Empfänger/in (auch Kundennummer)

7.2 Vermieter/in

Familienname	Vorname	Geschäftszeichen

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

MACH | formsolutions

8. Kranken-/Pflegeversicherung

Lfd. Nr.	Familienname	Vorname	Versicherungs- oder Leistungsträger usw. (genaue Anschrift)
1			
2			
3			
4			

Lfd. Nr.	Versicherungsnummer	Art der Versicherung	Mitgliedschaft bestand/ besteht bis (TT.MM.JJJJ)	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)
1		☐ Pflicht ☐ freiwillig ☐ privat		
2		☐ Pflicht ☐ freiwillig ☐ privat		
3		☐ Pflicht ☐ freiwillig ☐ privat		
4		☐ Pflicht ☐ freiwillig ☐ privat		

9. Sonstige Ansprüche (sofern nicht bereits unter Nummer 3 und 4 aufgeführt)

Bitte tragen Sie in die Spalte Kennziffer die entsprechende Zahl ein

60 = Rentenversicherung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
61 = Krankenversicherung
62 = Pflegeversicherung

nach dem SGB III Arbeitsförderung
63 = Arbeitslosengeld/-hilfe
64 = Sonstiger Anspruch

65 = Kriegsbeschädigung
66 = Sonstige Berechtigung, z.B. Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten

67 = Lebens- und Sterbeversicherung

68 = Sonstige Ansprüche:
z.B. LAG-Leistungen, Entschädiungsrente (BEG), Häftlingshilfe, Beihilfeansprüche, Lohnforderung, Unterhaltssicherung, Kindergeld, Erbansprüche, Schadenersatzansprüche, Versorgungsausgleich, BAföG, Vertraglicher Anspruch, Unterhaltsvorschussleistungen

Lfd. Nr.	Familienname	Vorname	Kennziffer
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Lfd. Nr.	Versicherungs- oder Leistungsträger usw. (genaue Anschrift) Aktenzeichen	Bemerkungen: z.B. Art des Anspruchs, Versicherungssumme, Fälligkeitstag	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)	sonstiges: z.B. Ablehnung Antrag
1				
2				
3				
4				
5				
6				

MACH | formsolutions

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

10. Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft
(z.B. Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten)

Lfd. Nr.	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Hilfesuchenden
1				
2				
3				
4				

Lfd. Nr.	Familienstand	Zahl minderjähriger Kinder	Zur Zeit ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1				
2				
3				
4				

11. Zusätzliche Angaben bei Kindern nicht miteinander verheirateter Eltern

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname des Kindes	Familienname, Vorname und Anschrift des Vaters
1		
2		
3		

Lfd. Nr.	Vaterschaft anerkannt vor/festgestellt durch/am	Bei Unterhaltsbeistandschaft: Wo?	Festgesetzter monatlicher Unterhalt Betrag	Zahlungsbeginn
1			€	
2			€	
3			€	

12. Aufenthaltsverhältnisse des/der Hilfesuchenden

Sind Sie zugezogen? ☐ nein ☐ ja

Datum des Zuzugs	Vorheriger Wohnort	Grund

Haben Sie schon einmal Sozialhilfe bezogen?

☐ nein ☐ ja

Sozialamt			Sachbearbeiter/in
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Datum Ende der Zahlung	Telefon (sofern bekannt)	Fax (sofern bekannt)	E-Mail (sofern bekannt)

Bei stationärer Unterbringung, Heimunterbringung oder Unterbringung Minderjähriger in einer anderen Familie

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Anstaltsaufnahme) Zeitraum (von - bis)	Name der Einrichtung, Ort (ggf. auch Uhrzeiten u.ä.)	Art der Einrichtung

Tag der Entlassung (nur sofern Sie nicht mehr in der Anstalt leben)

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

MACH | formsolutions

Kostenträger des letzten Anstaltsaufenthalts

Kostenträger			Sachbearbeiter/in
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (sofern bekannt)	Fax (sofern bekannt)		E-Mail (sofern bekannt)

13. Bei Zuzug eines/einer außerhalb des Geltungsbereiches des BSHG/SGB XII geborenen Hilfesuchenden aus dem Ausland

Tag und Ort des Übertritts	Familienmitglied (Ehegatte, Verwandte, Verschwägerte) welches nicht im Geltungsbereich des BSHG/SGB XII geboren ist und mit dem Hilfesuchenden bei Eintritt des Bedarfs an Sozialhilfe zusammenlebt: Name, Vorname, Geburtstag und -ort, personenstandrechtliches Verhältnis zum/zur Hilfesuchenden)

14. Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand

15. Bankverbindung

Kontoinhaber/in (falls abweichend von Antragsteller/in)		
IBAN	BIC	Name des Kreditinstituts

16. Begründung des Antrags

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

MACH | formsolutions

17. Angaben zu besonderen finanziellen Belastungen

18. Anlagen

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.
Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I)). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.
Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass das Sozialamt berechtigt ist, einen Datenabgleich mit anderen Stellen vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
Mühlacker	

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

MACH | formsolutions

Einwilligungserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben.

Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich. Eine automatische Löschung erfolgt nach 180 Tagen, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. In Fällen mit einer gebührenpflichtigen Verarbeitung kann es vorkommen, dass zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment-Provider übermittelt werden.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.