

An den  
Kreisausschuss des Odenwaldkreises  
Abteilung II.20 - Soziale Sicherung -  
Michelstädter Straße 12  
64711 Erbach

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_

Eingangsstempel Sozialamt: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Leistungen  
nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) -Sozialhilfe-  
oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

- ☐ **Laufende / ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt**
- ☐ **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**
- ☐ **Hilfen zur Gesundheit**
- ☐ **Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten**
- ☐ **Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen**
- ☐ **Hilfe zur Übernahme der ungedeckten Heimpflegekosten**
- ☐ **Hilfe in anderen Lebenslagen**
- ☐ **Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**
- ☐ **Einmalige Beihilfe für:** \_\_\_\_\_

**1. Angaben zur Person d. Hilfesuchenden und d. Ehe / Lebenspartners/in**

|                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname:                                                        |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| Geburtsname:                                                         |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| Vorname:                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| Geschlecht:                                                          | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich                                                 | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich                                                 |
| Geburtsdatum und -ort                                                |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| Straße und Hausnummer:                                               |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| PLZ / Wohnort:                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| Telefonnummer:                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| E-Mail-Adresse:                                                      | Mit der Kontaktaufnahme per E-Mail bin ich einverstanden: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Mit der Kontaktaufnahme per E-Mail bin ich einverstanden: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| Familienstand:                                                       | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet                                                 | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet                                                 |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> geschieden seit:                                                                           | <input type="checkbox"/> geschieden seit:                                                                           |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:                                                                      | <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:                                                                      |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> verwitwet seit:                                                                            | <input type="checkbox"/> verwitwet seit:                                                                            |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit:                                                     | <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit:                                                     |
| Kind / Kinder                                                        | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <b>Anzahl:</b>                                            | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <b>Anzahl:</b>                                            |
| Staatsangehörigkeit:                                                 |                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| Betreuer/in / Bevollmächtigte/r:<br>⇒ <b>Bitte Nachweis vorlegen</b> |                                                                                                                     |                                                                                                                     |

**1.1 Bankverbindung für evtl. zu gewährende Geldleistungen**

|                                                        |                  |                                |
|--------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|
| IBAN:                                                  |                  | Kreditinstitut:                |
| BIC:                                                   | Kontoinhaber/in: |                                |
| Zahlungs- oder Bescheid Empfänger/in falls abweichend: |                  | Stellung z. Antragssteller/in: |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):                |                  |                                |

Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?

Wurde schon vorher Sozialhilfe / Grundsicherung / Leistungen nach dem SGB II bezogen? ☐ ja ☐ nein☐ ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

bei Sozialamt \_\_\_\_\_

**2. weitere Personen im Haushalt****2.1 minderjährige Person(en) im Haushalt**

|                                            |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Familienname:                              |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
| Geburtsname:                               |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
| Vorname:                                   |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
| 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 und -ort:                     |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
| Familienstand:                             |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
| Persönliche Stellung z. Hilfesuchenden     |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
| Staatsangehörigkeit:<br>(Punkt 4 beachten) |                                                                     |                                                                     |                                                                     |

**2.2 volljährige Person(en) im Haushalt (soweit nicht auf Seite 1 aufgeführt)**

| Familienname, auch Geburtsname, Vorname | Geburtsdatum und Geburtsort | Persönliche Stellung zum Antragssteller | Bestreitet den Lebensunterhalt selbst                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                         |                             |                                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|                                         |                             |                                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|                                         |                             |                                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**3. Fragen bei Zuzug aus dem Ausland und für ausländische Staatsangehörige**

Aufenthaltsstatus aller Haushaltsangehörigen :

⇒ **Bitte Kopie des gültigen Aufenthaltstitels beifügen**

Tag der Einreise: \_\_\_\_\_ Herkunftsland: \_\_\_\_\_ Ort des Grenzübertritts: \_\_\_\_\_

⇒ **Falls Nachweise (Eintrag im Pass, Flugschein etc.) vorhanden, bitte beifügen**Liegt eine Unterhaltszusicherung / Verpflichtungserklärung vor? ☐ ja ☐ nein☐ ja, von (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

Grund des Zuzuges in die Bundesrepublik Deutschland: \_\_\_\_\_

Fallen Sie oder Ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen unter das **NATO-Truppenstatut (gem. Art. 13 Nato-Truppenstatut Zusatzabkommen)**? ☐ ja ☐ nein

|                                                  |                                                                           |                                                                         |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Wurde ein Asylantrag gestellt?                   | <input type="checkbox"/> nein                                             | <input type="checkbox"/> ja                                             |
| Registriernummer:                                | Aktenzeichen des Bundesamtes f. d. Anerkennung ausländischer Flüchtlinge: |                                                                         |
| Arbeitserlaubnis für Antragsteller/in?           | <input type="checkbox"/> nein                                             | <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet |
| Arbeitserlaubnis für Ehe-/Lebenspartner/in?      | <input type="checkbox"/> nein                                             | <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet |
| Arbeitserlaubnis für andere Haushaltsangehörige? | <input type="checkbox"/> nein                                             | <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet |

#### 4.1 Fragen zur Erwerbsfähigkeit

Können Sie oder einer Ihrer Haushaltsangehörigen über 15 Jahre Ihrer Einschätzung nach mindestens 3 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?

|                        |                             |                                     |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Antragsteller:         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, weil |
| Ehe-/Lebenspartner/in: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, weil |

##### Kinder über 15 Jahre im Haushalt:

|                |                             |                                     |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Name, Vorname: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, weil |
| Name, Vorname: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, weil |
| Name, Vorname: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, weil |

⇒ **Bitte bei „nein“ ärztl. Nachweis und bei Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente Bescheid beilegen**

Waren Sie im Ausland berufstätig? ☐ nein ☐ ja, in \_\_\_\_\_

Liegt bei der Antragstellerin oder Ehe-/Lebenspartnerin eine Schwangerschaft vor? ☐ nein ☐ ja

⇒ **Bitte Mutterpass beilegen**

Befindet sich die Antragstellerin oder Ehe-/Lebenspartnerin in Elternzeit? ☐ nein ☐ ja

⇒ **Bitte Bescheid der Elterngeldstelle beilegen**

|                                                                                |                                                                                        |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Besuchen Sie eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung:                      | An                                                                                     | Tagen pro Woche                                                                         |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Bereich: | <input type="checkbox"/> im Eingangsbereich <input type="checkbox"/> im Arbeitsbereich | <input type="checkbox"/> im Ausbildungsbereich <input type="checkbox"/> im Außenbereich |

|                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nehmen Sie an der von der Werkstatt angebotenen gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil:                              |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, aber nur an _____ Tagen pro Woche |

#### 4.2 Fragen zur Pflegebedürftigkeit bzw. zur Übernahme der ungedeckten Heimpflegekosten

|                                                                                                            |                                        |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| In welcher stationären Einrichtung (Name und Anschrift des Alten- und Pflegeheims) sind Sie untergebracht? |                                        |                                              |
| Art der Unterbringung:                                                                                     |                                        |                                              |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege                                                                    | <input type="checkbox"/> vollstationär | Datum der Aufnahme im Alten- und Pflegeheim: |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege                                                               | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer  |                                              |
| <input type="checkbox"/> teilstationär                                                                     | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer  |                                              |
| Konnten die Kosten für die Unterbringung bisher selbst gezahlt werden?                                     | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein                |
| Liegt ein Pflegegutachten / MDK Gutachten vor?                                                             | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein                |
| ⇒ <b><u>Bitte Nachweise vorlegen</u></b>                                                                   |                                        |                                              |
| Liegt ein Pflegebescheid / Kostenzusage der Pflegekasse vor?                                               | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein                |
| ⇒ <b><u>Bitte Nachweise vorlegen</u></b>                                                                   |                                        |                                              |
| Wo haben Sie in den letzten beiden Monaten vor der Heimaufnahme gewohnt?                                   |                                        |                                              |

**4.3 Fragen zur Anerkennung als Schwerbehinderte/r**Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor? ☐ nein

☐ ja, bei (Name) \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_ Merkzeichen (G,H, etc.) \_\_\_\_\_

☐ ja, bei (Name) \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_ Merkzeichen (G,H, etc.) \_\_\_\_\_

⇒ **Bitte Schwerbehindertenausweise und Feststellungsbescheide beifügen****4.4 Fragen zum Eingliederungshilferecht für Menschen mit Behinderungen (SGB IX)**

Erhalten oder erhielten Sie Fachleistungsstunden durch den überörtlichen Sozialhilfeträger?

☐ nein ☐ ja, (Name) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ nein ☐ ja, (Name) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

⇒ **Bitte Bescheid des überörtlichen Sozialhilfeträgers beifügen**

Welche Leistungen der Eingliederungshilfe sollen in Anspruch genommen werden?

Die Eingliederungshilfe soll durch folgende Organisation oder Person durchgeführt werden:

Liegt ein Pflegegutachten / MDK Gutachten vor? ☐ ja ☐ nein⇒ **Bitte Nachweise vorlegen**Liegen ärztliche bzw. fachärztliche Gutachten vor? ☐ ja ☐ nein⇒ **Bitte Nachweise vorlegen**⇒ **Bitte Schweigepflichtentbindung und Nachweis der Pflegeversicherung vorlegen****5. Fragen zur Krankenversicherung**

|                        |                                                |                                     |                                   |                                 |                                     |
|------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Antragsteller/in:      | <input type="checkbox"/> nicht<br>- versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich | <input type="checkbox"/> familien | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> freiwillig |
| Krankenkasse           | Versicherungsnummer                            |                                     | Beitragshöhe €                    |                                 |                                     |
| Ehe-/Lebenspartner/in: | <input type="checkbox"/> nicht<br>- versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich | <input type="checkbox"/> familien | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> freiwillig |
| Krankenkasse           | Versicherungsnummer                            |                                     | Beitragshöhe €                    |                                 |                                     |
| Kinder:                | <input type="checkbox"/> nicht<br>- versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich | <input type="checkbox"/> familien | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> freiwillig |
| Krankenkasse           | Versicherungsnummer                            |                                     | Beitragshöhe €                    |                                 |                                     |

Bestehen Beitragsrückstände bei Ihrer Krankenkasse? ☐ nein☐ ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_ € ⇒ **Bitte Mitteilung der Krankenkasse beifügen****6. Haben Sie oder eine unter Punkt 2 genannte Person eine Rentenversicherungsnummer?**

(RV-Nr. – z. B. aus einer früheren Erwerbstätigkeit; Träger / Versicherungszweig: Angestellte, Arbeiter, Knappschaft, private Rente)

☐ nein ☐ ja, und zwar

|               |        |        |
|---------------|--------|--------|
| Name, Vorname | RV-Nr. | Träger |
| Name, Vorname | RV-Nr. | Träger |

⇒ **Bitte entsprechenden Nachweis vorlegen (z.B. Sozialversicherungsausweis, Verdienstabrechnung, etc.)**

Sollten Sie und die erwerbsfähigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bisher keine Rentenversicherungsnummer haben, bitten wir Sie diese unverzüglich bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen.

**7. Wohnverhältnisse**

Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen ☐ ja ☐ nein

☐ Eigenes Wohnhaus oder Eigentumswohnung

⇒ **Bitte Zusatzbogen Hauseigentum ausfüllen**

☐ Wohnung wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt von:

☐ Obdachlosenunterkunft

☐ Gemeinschaftsunterkunft  
(Asylbewerber)

☐ Übergangswohnheim  
(Aussiedler)

☐ Mietwohnung oder Untermietverhältnis

⇒ **Bitte Mietvertrag im Original beifügen und Punkt 7.1 beantworten**

**7.1 Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung leben! –****Name und Anschrift des Vermieters:**

|                    |       |              |  |
|--------------------|-------|--------------|--|
| Name:              |       | Vorname:     |  |
| Straße/Hausnummer: |       | PLZ/Wohnort: |  |
| Bank:              | IBAN: | BIC:         |  |

**Angaben zur Wohnung:**

|                                                          |                                                     |                                                              |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Wohnfläche:<br>m <sup>2</sup>                            | davon untervermietet:<br>m <sup>2</sup>             | davon gewerblich genutzt:<br>m <sup>2</sup>                  |
| Wohnräume:                                               | <input type="checkbox"/> Küche                      | <input type="checkbox"/> Zimmer                              |
|                                                          | <input type="checkbox"/> Bad/Dusche/WC              | <input type="checkbox"/> Garage                              |
|                                                          |                                                     | <input type="checkbox"/> Keller                              |
|                                                          |                                                     | <input type="checkbox"/> Pkw-Stellplatz                      |
| Heizung:                                                 | <input type="checkbox"/> Sammelheizung              | <input type="checkbox"/> Öl                                  |
|                                                          | <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung          | <input type="checkbox"/> Kohle/Holz                          |
|                                                          |                                                     | <input type="checkbox"/> Erdgas                              |
|                                                          |                                                     | <input type="checkbox"/> Strom                               |
| Warmwasserzubereitung:                                   | <input type="checkbox"/> erfolgt über Sammelheizung | <input type="checkbox"/> erfolgt mit Haushaltsstrom (Boiler) |
| Die Wohnung war erstmals bezugsfertig im Jahr (Baujahr): |                                                     |                                                              |

**Angaben zum Mietpreis:**

|                                                                |                                                                   |                                  |   |                  |   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---|------------------|---|
| mtl. Gesamtmiete:                                              | €                                                                 | mtl. Kaltmiete:                  | € | mtl. Heizkosten: | € |
| monatliche<br>Mietnebenkosten:                                 | Wasser-, Kanal- und Müllabfuhrgebühren:                           |                                  |   |                  | € |
|                                                                | Grundsteuer, Kaminfeger, Verwaltungskosten etc.:                  |                                  |   |                  | € |
|                                                                | Garage oder Stellplatz:                                           |                                  |   |                  | € |
|                                                                | Sonstige Nebenkosten<br>⇒ <b><u>Bitte Abrechnung beifügen</u></b> |                                  |   |                  | € |
| Ist Haushaltsstrom in den Mietkosten enthalten?                | <input type="checkbox"/> nein                                     | <input type="checkbox"/> ja, mit | € |                  |   |
| ⇒ <b><u>Bitte Abrechnung des Stromlieferanten beifügen</u></b> |                                                                   |                                  |   |                  |   |

**Ergänzende Angaben:**

|                                |                               |                                          |   |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|---|
| Bestehen Mietrückstände?       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von | € |
| Ist Räumungsklage eingereicht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am          |   |

⇒ **Bitte Nachweise beifügen (Kündigungsschreiben des Vermieters, Räumungsklage, etc.)**

## 7.2 Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die in der „besonderen Wohnform“ (ehemals stationäre Einrichtung) leben! –

|                                                                          |                                                                                                                                              |                                                           |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Name der besonderen Wohnform:                                            |                                                                                                                                              |                                                           |                                     |
| Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum:                              |                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 1 Person                         | <input type="checkbox"/> 2 Personen |
| mtl. Gesamtmiete:                                                        |                                                                                                                                              | €                                                         | mtl. Grundmiete €                   |
| Monatliche Zuschläge für:                                                | Möblierung des persönlichen Wohnraums                                                                                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | €                                   |
|                                                                          | Wohn- und Wohnnebenkosten                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | €                                   |
|                                                                          | Haushaltsstrom, Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten zur gemeinschaftlichen Nutzung sowie der Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | €                                   |
|                                                                          | Gebühren für Telekommunikation sowie Gebühren für den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet                                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | €                                   |
| Hinweise zu Besonderheiten der Einrichtung und zu den Unterkunftskosten: |                                                                                                                                              |                                                           |                                     |

⇒ **Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag vorlegen**

## 7.3 Wo haben Antragsteller/in und die anderen Personen der Bedarfsgemeinschaft zuletzt gewohnt? Bitte alle Wohnorte der letzten 2 Jahre angeben

| Name, Vorname: | Wohnort, Straße: | von - bis: (Datum) | Grund des Umzuges: |
|----------------|------------------|--------------------|--------------------|
|                |                  |                    |                    |
|                |                  |                    |                    |
|                |                  |                    |                    |

## 7.4 Wohnort bei Aufnahme in ein Heim bzw. bei Entlassung aus einem Heim oder einer Anstalt (auch Justizvollzugsanstalt):

| Name, Vorname | Heim- / Anstaltsanschrift | von – bis: (Datum) | Kostenträger des Heimaufenthaltes: | Anschrift vor Heim / Anstaltsaufnahme |
|---------------|---------------------------|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
|               |                           |                    |                                    |                                       |
|               |                           |                    |                                    |                                       |
|               |                           |                    |                                    |                                       |

⇒ **Bitte erweiterte Meldebescheinigung mit Angabe der Zuzugswohnung des Einwohnermeldeamtes vorlegen**

## 8. Unterhaltsansprüche

### 8.1 Angaben zum getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten

|                                                                                                                                                  |                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Name des Ehegatten:                                                                                                                              |                        | geb. am:                                                  |
| letzte bekannte Anschrift des Ehegatten:                                                                                                         |                        |                                                           |
| Arbeitgeber des Ehegatten (sofern bekannt):                                                                                                      |                        |                                                           |
| Ehegatte ist krankenversichert bei (sofern bekannt):                                                                                             |                        |                                                           |
| Datum der Eheschließung:                                                                                                                         | Ort der Eheschließung: |                                                           |
| Datum der Trennung / bzw. Scheidung:<br>(Kopie Scheidungsurteil beifügen!!!)                                                                     |                        |                                                           |
| Ich erhalte derzeit Getrenntlebenden- / nachehelichen Unterhalt in Höhe von                                                                      |                        | €                                                         |
| es besteht bereits ein Unterhaltstitel (gerichtlicher Vergleich / Urteil, etc.)                                                                  |                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| ⇒ <b><u>Bitte Titelpkopie beifügen/ bei nicht ausreichenden Unterhaltszahlung vollstreckbare Originalausfertigung des Titels beifügen!!!</u></b> |                        |                                                           |

**8.2 bei minderjährigen Kindern: Angaben zu nicht betreuenden Elternteil(en)**

|                                                                                                                                                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Name des anderen Elternteils:                                                                                                                                      | geb. am: |
| letzte bekannte Anschrift des anderen Elternteils:                                                                                                                 |          |
| Arbeitgeber des anderen Elternteils (sofern bekannt):                                                                                                              |          |
| anderer Elternteil ist krankenversichert bei (sofern bekannt):                                                                                                     |          |
| Ich erhalte derzeit Kindesunterhalt in Höhe von                                                                                                                    |          |
| es besteht bereits ein Unterhaltstitel (gerichtlicher Vergleich / Urteil / Jugendamtsurkunde) <input type="checkbox"/> nein                                        |          |
| <input type="checkbox"/> ja    ⇒ <b>Titelkopie beifügen / bei nicht ausreichenden Unterhaltszahlung vollstreckbare Originalausfertigung des Titels beifügen!!!</b> |          |
| Es besteht für eines meiner Kinder aktuell eine Beistandschaft bei einem Jugendamt                                                                                 |          |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                      |          |
| <input type="checkbox"/> ja für mein/e Kind/er                                                                                                                     |          |
| beim Jugendamt in                                                                                                                                                  |          |

**8.3 Angaben zu den Eltern d. volljährigen Antragstellers/in**

|                                                                                                                                                        |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Name des Vaters:</b>                                                                                                                                | geb. am: |
| letzte <i>bekannte</i> Anschrift des Vaters und ggf. Sterbedatum:                                                                                      |          |
| derzeit durch den Vater ausgeübte Tätigkeit / Beruf bzw. Mitteilung, mit welchen Einnahmen (wenn nicht erwerbstätig) der Lebensbedarf bestritten wird: |          |

|                                                                                                                                                         |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Name der Mutter:</b>                                                                                                                                 | geb. am: |
| letzte <i>bekannte</i> Anschrift der Mutter und ggf. Sterbedatum:                                                                                       |          |
| derzeit durch die Mutter ausgeübte Tätigkeit / Beruf bzw. Mitteilung, mit welchen Einnahmen (wenn nicht erwerbstätig) der Lebensbedarf bestritten wird: |          |

**8.4 Angaben zu volljährigen Kindern d. Antragstellers / in**

|                                                                                                                                                     |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Name des Kindes:</b>                                                                                                                             | geb. am: |
| letzte <i>bekannte</i> Anschrift des Kindes:                                                                                                        |          |
| derzeit durch das Kind ausgeübte Tätigkeit/Beruf bzw. Mitteilung, mit welchen Einnahmen (wenn nicht erwerbstätig) der Lebensbedarf bestritten wird: |          |

|                                                                                                                                                     |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Name des Kindes:</b>                                                                                                                             | geb. am: |
| letzte <i>bekannte</i> Anschrift des Kindes:                                                                                                        |          |
| derzeit durch das Kind ausgeübte Tätigkeit/Beruf bzw. Mitteilung, mit welchen Einnahmen (wenn nicht erwerbstätig) der Lebensbedarf bestritten wird: |          |

|                                                                                                                                                     |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Name des Kindes:</b>                                                                                                                             | geb. am: |
| letzte <i>bekannte</i> Anschrift des Kindes:                                                                                                        |          |
| derzeit durch das Kind ausgeübte Tätigkeit/Beruf bzw. Mitteilung, mit welchen Einnahmen (wenn nicht erwerbstätig) der Lebensbedarf bestritten wird: |          |

⇒ **Bei mehr als drei Kindern bzw. wenn sonst erforderlich zusätzliche Angaben bitte auf gesondertem Blatt**

**9. Einkommensverhältnisse (auch geringfügige Beschäftigungen)**

Bitte alle regelmäßigen (wöchtl., mtl., vierteljährlich, jährlich), unregelmäßigen und zu erwartende einmalige Einnahmen aufführen. Alle Angaben sind brutto in Euro vorzunehmen und entsprechend zu belegen:

|                                                                                                          | Antragssteller/in | Ehe /<br>Lebenspartner/in | Weitere Person | Weitere Person |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------|----------------|
| <b>Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit:</b>                                                       | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit:</b>                                                            | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Arbeitsamt:</b><br><input type="checkbox"/> ALG / <input type="checkbox"/> UHG wöchtl.<br>Kunden-Nr.: | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Kindergeld:</b><br>Kindergeld-Nr.:                                                                    | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Elterngeld:</b><br>Elterngeld-Nr.:                                                                    | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>BAföG, Stipendien:</b>                                                                                | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Wohngeld:</b>                                                                                         | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Krankengeld:</b>                                                                                      | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Altersruhegeld</b><br>Vers. Nr.:                                                                      | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Erwerbsminderungsrente:</b><br>Vers. Nr.:                                                             | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Witwen- oder Waisenrente:</b><br>Vers. Nr.:                                                           | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Ausländische Rente</b>                                                                                | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>ZVK Rente:</b><br>Vers. Nr.:                                                                          | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Betriebsrente:</b><br>Vers.-Nr.:                                                                      | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Pension:</b>                                                                                          | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>UVG:</b>                                                                                              | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Unterhalt von:</b>                                                                                    | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Vermietung / Verpachtung:</b>                                                                         | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>Zinsen:</b>                                                                                           | €                 | €                         | €              | €              |
| <b>sonstige Einnahmen /<br/>Sonderzahlung:</b>                                                           | €                 | €                         |                | €              |

**Werden Einnahmen gepfändet?**

☐ nein

☐ ja, Höhe der Pfändung, mtl. \_\_\_\_\_ €

Name und Anschrift des/der Gläubiger/s angeben:

---



---

## 10. Monatliche Ausgaben / Belastungen

Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Einkommens, Beiträge zu privaten Versicherungen, sonstige mtl. Belastungen. Alle Angaben sind brutto in Euro vorzunehmen:

|                                                                      | Antragssteller/in | Ehe / Lebenspartner/in | Weitere Person | Weitere Person |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Fahrtkosten zur Arbeitsstelle:</b>                                |                   |                        |                |                |
| <b>Mit öffentl. Verkehrsmitteln:</b>                                 |                   |                        |                |                |
| <b>mit dem Pkw<br/>(einfache Entfernung zum Arbeitsplatz in km):</b> |                   |                        |                |                |
| <b>Arbeitsmittel:</b>                                                |                   |                        |                |                |
| <b>Hausratversicherung:</b>                                          |                   |                        |                |                |
| <b>Haftpflichtversicherung:</b>                                      |                   |                        |                |                |
| <b>Unterhaltszahlungen:</b>                                          |                   |                        |                |                |
| <b>Kredittilgung:</b>                                                |                   |                        |                |                |
| <b>Krankenversicherung:</b>                                          |                   |                        |                |                |
| <b>Pflegeversicherung:</b>                                           |                   |                        |                |                |
| <b>Rentenversicherung:</b>                                           |                   |                        |                |                |
| <b>Altersvorsorgebeiträge:</b>                                       |                   |                        |                |                |
| <b>Sterbeversicherung:</b>                                           |                   |                        |                |                |
| <b>Beiträge für Berufsverbände / Sozialverbände:</b>                 |                   |                        |                |                |
| <b>Sonstige:</b>                                                     |                   |                        |                |                |
| <b>Sonstige:</b>                                                     |                   |                        |                |                |

⇒ Bitte Belege beifügen (Versicherungspolice, Rechnungen etc.)

## 11. Sozialversicherungsausweis

Als Empfänger/in von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt sind Sie zur Abgabe Ihres Sozialversicherungsausweises beim zuständigen Sozialhilfeträger verpflichtet, sofern Sie ihn nicht bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber oder dem Arbeitsamt hinterlegt haben. Bitte nachfolgend angeben, für wen ein Sozialversicherungsausweis ausgestellt und wo dieser hinterlegt wurde.

|                               |      |                 |
|-------------------------------|------|-----------------|
| <b>Antragsteller/in:</b>      | Nr.: | Hinterlegt bei: |
| <b>Ehe-/Lebenspartner/in:</b> | Nr.: | Hinterlegt bei: |
|                               | Nr.: | Hinterlegt bei: |
|                               | Nr.: | Hinterlegt bei: |

**12. Ansprüche auf weitere Leistungen**

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                       | <b>Soziales Entschädigungsrecht oder analog anzuwendende Gesetze (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe- oder Infektionsschutzgesetz)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei |
|                       | <b>Unfallversicherung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                                   |
|                       | <b>Bundesversorgungsgesetz</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                              |
|                       | <b>Schmerzensgeld</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                                       |
|                       | <b>Schadenersatz</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                                        |
|                       | <b>Erbansprüche</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                                         |
|                       | <b>Vertragliche Ansprüche (Übergabevertrag, Altenteil, Nießbrauchrecht, Geldrente o.ä.)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                 |
|                       | <b>Abfindungen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                                          |
|                       | <b>Beihilfen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                                            |
|                       | <b>Leistungen der Pflegeversicherung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                    |
|                       | <b>Eingliederungsleistungen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                             |
|                       | <b>Grundsicherungsleistungen (GSiG)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                     |
|                       | <b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> beantragt am: bei                                                                                                                                           |

**13. Änderungen in den persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen**

Ist mit Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen in absehbarer Zeit zu rechnen? (zum Beispiel: geplante Fremdunterbringung eines Kindes, beabsichtigte Heirat, Beendigung eines Arbeitsverhältnisses, etc.)

☐ nein

☐ ja, ab

Erläuterung:

**14. Begründung des Antrages und Raum für Zusatzangaben:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Hinweis:**

Antragsteller, die nicht Deutsch sprechen, sind mit einem Dolmetscher selbst verantwortlich für:

- für notwendige Übersetzungen und
- Vorsprachen beim Sozialamt.

**Erklärung d. Antragstellers/in (oder d. gesetzlichen Vertreters/in)**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben und die Angaben in den beigefügten Anlagen

- Zusatzbogen „Vermögen“
  - ggf. weitere Zusatzbögen (Hauseigentum, Hilfe zur Gesundheit, Bestattungskosten, etc.)
- vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Änderungen in den Familien-, Einkommens-, Vermögens- und Wohnverhältnissen - unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt des Odenwaldkreises mitzuteilen. Ich ermächtige ebenfalls das Geldinstitut, an das Leistungen überwiesen wurden, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers zurück zu überweisen.

Im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungsverpflichtungen nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB, 1. Buch) bin/sind ich/wir verpflichtet, die Ärzte, welche mich/uns behandeln oder behandelt haben oder denen ich/wir vorgestellt worden bin/sind oder werde/n, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

**Hinweis zur Vorlage von Kontoauszügen:**

Bei der Vorlage der Kontoauszüge ist es grundsätzlich zulässig, bei Ausgabebuchungen bestimmte Passagen zu schwärzen. Bei Einnahmen besteht diese Möglichkeit nicht.

Geschwärzt werden dürfen bestimmte Passagen des Empfängers und Buchungstextes bei Ausgabenbuchungen, wenn diese beispielsweise Angaben über politische Meinungen, religiöse Überzeugungen oder die ethnische Herkunft enthalten. Dabei muss für die Prüfung durch das Sozialamt die Art der Buchung erkennbar bleiben.

So ist zum Beispiel bei der Überweisung von Mitgliedsbeiträgen für politische Parteien eine Schwärzung des Namens einer Partei in einem Kontoauszug möglich. Der Verwendungszweck „Mitgliedsbeitrag“ muss aber noch erkennbar bleiben.

Die vorgelegten Kontoauszüge dürfen in Kopie in den Akten des Sozialamtes aufbewahrt werden, wenn aus den Kontoauszügen Tatsachen erkennbar sind, die sich auf die Anspruchsvoraussetzungen der von Ihnen beantragten Leistungen nach dem SGB XII auswirken. Über die Aufbewahrung Ihrer Kontoauszüge entscheidet jeweils im Einzelfall das zuständige Sozialamt.

Ist eine Aufbewahrung nicht erforderlich, erhalten Sie im Original eingereichten Kontoauszüge zurück. Eingereichte Kopien werden datenschutzkonform vernichtet.

**Hinweis vorübergehender Auslandsaufenthalt:**

**Gemäß § 41 a SGB XII erhalten Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, nach Ablauf der vierten Woche bis zu Ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen.**

**Im Rahmen Ihrer gesetzlichen Mitwirkungsverpflichtung und zur Vermeidung von Missverständnissen wollen Sie uns bitte alle Auslandsaufenthalte zeitnah und rechtzeitig mitteilen.**

Wer vorhandenes Einkommen oder Vermögen verschweigt und hierdurch Sozialleistungen in unberechtigter Höhe beansprucht oder erhält, wird bei Bekanntwerden in jedem Falle wegen des Verdachts auf Betrug (Sozialleistungsmissbrauch) bei der Staatsanwaltschaft angezeigt. Betrug oder versuchter Betrug werden gemäß § 263 Strafgesetzbuch (StGB) mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft. Eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges ist auch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben möglich. Bei Personen, die eine Aufenthaltsgenehmigung benötigen, kann sich der Ausgang des Strafverfahrens negativ auf den Aufenthaltsstatus auswirken.

Der/die Antragsteller/in, bzw. die im Antrag als Haushaltsvorstand bezeichnete Person, wird bis auf Widerruf als:

- Bekanntgabe- und Zustellungsbevollmächtigter für alle Schreiben, Bescheide, Verfügungen, Entscheidungen, Mitteilungen, Hinweise und Informationen an die im Antrag unter Nr. 3) aufgeführten Personen bestimmt.
- Inkassobevollmächtigter berechtigt, die Sozialhilfeleistungen für alle unter Nr. 3) aufgeführten Personen zur Weiterleitung treuhänderisch entgegenzunehmen. Bei dieser Inkassovollmacht entsprechenden Zahlungen der Behörde an den Bevollmächtigten bestehen keinerlei Ersatzansprüche gegenüber der Behörde, wenn und soweit der Bevollmächtigte mit den Mitteln nicht anweisungsgemäß verfährt.
- Verfahrensbevollmächtigter für Willenserklärungen und Handlungen über die o.g. Bekanntgabe- und Zustellungsvollmacht hinaus zur Abgabe von Erklärungen, bzw. Entgegennahme von Erklärungen für alle unter Nr. 3) aufgeführten Personen bestimmt. Insbesondere um
  - Anträge zu stellen, zu ändern, zu ergänzen oder zurückzunehmen
  - Unterlagen, Urkunden, Belege, Bescheinigungen vorzulegen, anzufordern oder entgegenzunehmen
  - Rechtsbehelfe einzulegen, zurückzunehmen oder sonstige verfahrensbetreibende Erklärungen abzugeben.

Alle Erklärungen und Handlungen des Bevollmächtigten wirken für und gegen die unter Nr. 3) aufgeführten Personen. Ein evtl. Verschulden des Bevollmächtigten ist wie eigenes Verschulden anzusehen.

Die o.g. Vollmachten gelten solange, bis sie gegenüber der o.g. Behörde widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zu Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

**Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten**

Um Ihren Leistungsanspruch prüfen und feststellen zu können, kann auf Ihre Mitwirkung nicht verzichtet werden. Nach § 60 SGB I sind Sie verpflichtet, bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen mitzuwirken und alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung bedeutsam sind und im Antragsbogen abgefragt werden. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes können ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden, wenn die Mitwirkungspflicht nicht erfüllt wird (§ 66 SGB I). Sind Auskünfte dritter Personen erforderlich, müssen Sie der Auskunftserteilung durch diese Personen zustimmen. Werden Beweismittel (Urkunden, Nachweise) benötigt, so müssen Sie diese benennen oder selbst vorlegen. Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen mitzuteilen, die sich später zu den von Ihnen gemachten Angaben ergeben. Nur so können Leistungen in korrekter Höhe gezahlt und Überzahlungen vermieden werden. Dies gilt auch, wenn Änderungen eintreten, die sich rückwirkend auf die Leistung auswirken können, z.B. die Beantragung einer Rente.

**Insbesondere müssen Sie sofort mitteilen, wenn**

- Sie eine berufliche Tätigkeit aufnehmen. Dies gilt auch bei einer selbstständigen Tätigkeit oder als mithelfender Familienangehöriger.
- Sie Einnahmen, Einkommen oder Vermögen jeglicher Art erhalten. Diese können einmalig, vorübergehend oder laufend sein. Hierzu zählen auch Einnahmen aus geringfügigen und ehrenamtlichen Tätigkeiten sowie Naturalleistungen (Kost und Logis).
- Ihre Versicherungsbeiträge für Ihre Haftpflicht- und Hausratversicherung fällig sind, damit diese von Ihrem Einkommen abgesetzt werden können.
- Sie einen Antrag auf Mutterschaftsgeld, Kindergeld oder ähnliche Leistungen stellen.
- Sie andere Sozialleistungen beantragen oder bereits beantragt haben (z.B. Renten, Arbeitslosengeld I, Krankengeld, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss, Elterngeld etc.).
- Sie vom Vermieter oder Energieversorger eine Jahresrechnung über Wärme- und/oder Betriebskosten erhalten. Dies gilt auch im Falle eines Guthabens.
- Sie beabsichtigen umzuziehen. Hierbei müssen Sie beachten, dass **vor** einem Umzug die Zusicherung des zuständigen Trägers zur Höhe der Miete der neuen Wohnung einzuholen ist. Ohne Zusicherung könnte die Übernahme der Kaution oder der neuen Unterkunftskosten / Miete abgelehnt werden. **Bitte teilen Sie uns daher zeitnah mit, wenn Sie beabsichtigen umzuziehen.**
- sich die Höhe Ihrer Miete ändert.
- sich etwas an Ihrer Haushaltsgemeinschaft ändert (Aus- bzw. Zuzug). Bei neugeborenen Kindern muss die **Geburtsurkunde** vorgelegt werden.
- Sie sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten. Nach Ablauf der vierten Woche erhalten Leistungsberechtigte bis zur nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen mehr. **Zur Vermeidung von Missverständnissen teilen Sie uns bitte zukünftig alle Auslandsaufenthalte zeitnah mit.**
- sich etwas an Ihrer Lebenssituation ändert (Heirat, neue oder wegfallende (Lebens-) Partnerschaft, Scheidung).
- Sie einen Mehrbedarf für die Mehraufwendungen bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung erhalten und sich Ihre **Wochenarbeitszeit verändert**, Sie grundsätzlich **nicht** mehr am Mittagessen teilnehmen möchten oder Sie für absehbare Zeiten voraussichtlich für **mindestens 2 Wochen ununterbrochen** auf Grund der Teilnahme einer Kur, Reha-Maßnahme oder ähnlichem **nicht** am gemeinschaftlichen Mittagessen teilnehmen können.

**Diese Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten beziehen sich nicht nur auf Ihre eigene Person, sondern auch auf alle im Haushalt lebenden Angehörigen und ggf. Ihre/n Lebenspartner/in!**

Vorgelesen, genehmigt und unterschrieben:

**Datum, Unterschrift d. Hilfesuchenden mit Vor- und Zuname**

(bei unter Betreuung stehenden Personen  
⇒ Unterschrift d. Betreuers/in)

**Unterschrift d. Ehegatten / in bzw. Lebenspartners / in mit Vor- und Zuname**

(bei unter Betreuung stehenden Personen  
⇒ Unterschrift d. Betreuers/in)

Für die Bearbeitung Ihres Antrages wird ein **Nachweis des Einwohnermeldeamtes** benötigt.  
Dieser kann in Form

- ☐ einer Meldebescheinigung oder
- ☐ der folgenden Bestätigung des Einwohnermeldeamtes

vorgelegt werden.

### Bestätigung des Einwohnermeldeamtes der Stadt / Gemeinde

Hiermit bestätigen wir, dass alle unter Ziffer 1 und 2 des Antrages aufgeführten Personen der Haushaltsgemeinschaft unter der angegebenen Anschrift polizeilich gemeldet sind.

☐ Ja, mit Erstwohnsitz seit \_\_\_\_\_

☐ Ja, mit Zweitwohnsitz. seit \_\_\_\_\_

Erstwohnsitz ist: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

☐ Nein \_\_\_\_\_

#### Ergänzend zu den Angaben teilen wir folgendes mit:

(insbesondere zu den Wohn-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, Arbeitssituation der im Haushalt lebenden Personen, etc.)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift)

#### Weiterleitungsvermerk:

Abzusenden an:

**Kreisausschuss  
des Odenwaldkreises**  
-Sozialamt- SGB XII  
Michelstädter Str. 12  
64711 Erbach

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

Absendende Behörde:

Der Antrag wurde mit d. Antragsteller/in bzw. den Antragstellern aufgenommen und – soweit möglich –  
besprochen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift)