



Amt für soziale Angelegenheiten  
Außenstelle Merzig  
Am Gaswerk 3  
66663 Merzig  
Tel. 06861 80-490/Fax 06861 80 491

Öffnungszeiten  
Montag bis Freitag 08:00 – 12:00 Uhr  
Donnerstag 13:30 bis 17:30 Uhr  
sowie nach besonderer Vereinbarung

### Antrag auf Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

- Grundsicherung**
- Eingliederungshilfe**       stationär       teilstationär       ambulant
- Hilfe zur Pflege**       stationär
- Kurzzeitpflege      vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Tagespflege/ Nachtpflege      vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten**
- Hilfe in anderen Lebenslagen**

**Kurzbeschreibung der gewünschten Hilfeart:**

\_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der Einrichtung/ des Leistungserbringers:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 1. Angaben zur Person

	Antragsteller/ -in	Ehegatte/ Lebenspartner Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
Familienname		
Vorname		
Geburtsname/ Namen aus früheren Ehen		
Geburtsdatum		
Geburtsort/-Kreis		
Familienstand	(ledig, verheiratet, eingetragene Lebenspartnerschaft, eheähnliche Gemeinschaft, getrennt lebend, geschieden, verwitwet) seit: _____ (bitte Scheidungsurteil beifügen)	
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Staatsangehörigkeit		
* Telefon		

Bei Minderjährigen, Bevollmächtigten und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, bestellten Vertreters oder Betreuers angeben:

\_\_\_\_\_

Vorname, Familienname,      Postleitzahl und Wohnort,      Straße und Hausnummer,      \*Telefon

**(Vollmacht, Bestellsurkunde oder Betreuungsausweis bitte beifügen.)**

**Bei Ausländern** (bitte Dokument über den Aufenthaltsstatus beifügen)

Duldung

Aufenthaltserlaubnis

Niederlassungserlaubnis

**2. Weitere im selben Haushalt lebende Personen** (z. B. Kinder, Eltern, Geschwister, Verwandte, Bekannte etc.)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Vorname					
Geburtsdatum					
persönliche Stellung zum Antragsteller					

**3. Unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushaltes** (Eltern, Kinder, geschiedener bzw. getrennt lebender Ehepartner oder Lebenspartner)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort					
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller					
Familienstand					
ausgeübter Beruf					
erlernter Beruf					
Anzahl der Minderjährigen Kinder					

<b>Unterhalt</b>		<b>nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:</b>
Verfügen Ihre Eltern oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben geben Sie bitte Namen und Adressen <u>auf einem gesonderten Blatt</u> an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben geben Sie bitte Namen und Adressen <u>auf einem gesonderten Blatt</u> an)

#### 4. Kosten der Unterkunft

Ich / Wir wohnen: (Personen zu 1 und 2)

<input type="checkbox"/> zur Miete / zur Untermiete / mietähnlich	Wohnfläche _____ m <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> im eigenen Haus / Wohnung	Kaltmiete _____ Euro
<input type="checkbox"/> Wohnrecht	Nebenkosten _____ Euro
<input type="checkbox"/> Nießbrauchrecht	<b>Hierzu zählen: Wasser-, Kanalgebühr, Müllabfuhr, Niederschlagswasser, Steuern, Hausratversicherung, Glas- und Gebäudeversicherung, Schornsteinfeger usw.</b>
	<b>(Bitte die entsprechenden Nachweise beifügen)</b>

Die Wohnung ist ausgestattet mit:

einer Zentralheizung

Einzelöfen

Heizungspauschale: \_\_\_\_\_ Euro     **mit** Warmwasserbereitung     **ohne** Warmwasserbereitung

#### 5. Wirtschaftliche Verhältnisse

##### 5.1 Einkommen (aller in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen)

**Pfändungsüberweisungsbeschlüsse sowie laufende Insolvenzverpflichtungen sind anzuzeigen.**

Einkunftsarten (Bitte Nachweise beifügen)	Antragsteller/in	Ehegatte/ Lebenspartner
	(Mutter) bei Minderjährigen Kindern das Einkommen der Eltern angeben	Partner der eheähnlichen Gemeinschaft  (Vater)
Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit netto	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit – z. B. Gewerbe, Handel	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen)	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Sachbezüge (z. B. Kost und Wohnung, Deputate)	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Unterhaltszahlungen <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussleistungen	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Kindergeld: Auszahlung an:	Euro/monatl.	Euro/monatl.
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem SGB II <input type="checkbox"/> sonstige Leistungen nach dem SGB III	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Krankengeld	Euro/monatl.	Euro/monatl.
<input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> Elterngeld	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung	Euro/monatl.	Euro/monatl.
sonstige Renten (z. B. Auslandsrenten)	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz oder anwendbaren Gesetzen ( SVG, OEG usw.)	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Leistungen der Pflegeversicherung	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Beihilfen	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Blindheitshilfe	Euro/monatl.	Euro/monatl.
BAföG	Euro/monatl.	Euro/monatl.
Wohngeld	Euro/monatl.	Euro/monatl.
sonstige Einkommen	Euro/monatl.	Euro/monatl.

**5.2 Beantragte vorrangige Sozialleistungen** (Antragsteller/- in, Ehegatte/- in, Lebenspartner/- in, Partner/- in der eheähnlichen Gemeinschaft)

Art der Leistung	Ja	Nein	Antragsdatum	Für wen und wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen?	Die Leistung wurde abgelehnt
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SGB II-Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Mutterschafts-/Elterngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Sonstige vorrangige Ansprüche (z. B. Entschädigung einer Versicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**5.3 Vom Einkommen abzusetzende Beträge**

Ausgaben (Bitte Nachweise beifügen)	Antragsteller/ -in	Ehegatte/ Lebenspartner Partner der eheähnlichen Gemeinschaft
Arbeitsmittel	Euro	Euro
Fahrtkosten: <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Öffentlicher Personennahverkehr	Euro	Euro
Entfernung Wohnung / Arbeitsstätte	km Euro	km Euro
Risikolebensversicherung	Euro	Euro
Beitrag Berufsverband	Euro	Euro
Sterbegeldversicherung	Euro	Euro
Haftpflichtversicherung	Euro	Euro
Altersvorsorgebeitrag (§ 82 EStG)	Euro	Euro
Sonstiges	Euro	Euro
<b>Bemerkungen</b>		

**6. weitere sozialhilferelevante Angaben**

Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	Antrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	GdB MZ: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF Wertmarke: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

(Bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides sowie des Schwerbehindertenausweises beifügen.)

Krankenversicherung	Art der Mitgliedschaft: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> KVdR (Krankenversicherung der Rentner) <input type="checkbox"/> gemeldet nach § 264 SGB V (unechtes Mitglied)
Krankenkasse	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Mitgliedsnummer	

**Sofern kein Krankenversicherungsschutz besteht, geben Sie uns bitte eine Krankenkasse Ihrer Wahl an.**

Pflegegrad nach SGB XI	Antrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Pflegegutachten liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <b>Antrag wurde abgelehnt</b> liegt vor seit: _____ für <input type="checkbox"/> stationärer Bereich <input type="checkbox"/> ambulanter Bereich (häusliche Pflege) <b>(Bitte eine Kopie des Pflegekassenbescheides beifügen.)</b>

Rentenversicherung	Wurde ein Rentenanspruch gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsträger	
Anschrift	
Art der Rente	<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Rente wegen voller Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Witwen- / Witwerrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/>
Renten (Service)- Nummer	
<b>Wenn stationäre Leistungen beantragt werden und beim zuständigen Rentenversicherungsträger noch kein Rentenanspruch gestellt worden ist, bitte unverzüglich einen Rentenanspruch stellen.</b>	
Antrag gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Das Datum der Antragsstellung wird noch mitgeteilt. <small>(Art der Rente, Versicherungsträger bitte oben angeben)</small>	



**7.2 - Ehegatte / Lebenspartner / Partner der eheähnlichen Gemeinschaft**

Art des Vermögens	vorhanden	Geld- / Versicherungsinstitut	Konto- / Vers. Nr.	Kontostand
Barvermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Girokonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Sparvermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Festgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Rückkaufswert Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Rückkaufswert Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
staatlich geförderte priv. Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Aktien, Fonds	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Euro
Kraftfahrzeug (e)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fabrikat, Modell, Baujahr	geschätzter Wert:	Euro
Wohnrecht Nießbrauchrecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Hausbesitz Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	geschätzter Wert:	Euro
sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Hausbesitz/ Grund- besitz im Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ggf. Lage:	geschätzter Wert:	Euro
Sonstige Vermögens- werte im Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	und zwar:		

**(Bitte Nachweise beifügen.)**

**Zur Prüfung des Vermögenseinsatzes (Hausgrundstück) werden folgende Unterlagen benötigt und sind - soweit vorhanden- beigefügt:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bauzeichnung (en)              | <input type="checkbox"/> Lageplan  |
| <input type="checkbox"/> Wohnflächenberechnung          | <input type="checkbox"/> Berechnung des umbauten Raumes                        |
| <input type="checkbox"/> Grundbuchauszug (unbeglaubigt) | <input type="checkbox"/> Brandversicherungsschein mit letzter Beitragsrechnung |
| <input type="checkbox"/> Foto                           | <input type="checkbox"/> Wohn- und Gebäudeversicherungsschein                  |

Wurden abweichend von der (den) beiliegenden Bauzeichnung(en) bauliche Veränderungen vorgenommen?

- nein  ja, wann und welche? \_\_\_\_\_

Datum der Baugenehmigung / Kaufdatum

bezugsfertig (Jahr)

Sonstiger Grundbesitz  nein  ja

**Früheres Vermögen:**

- Ich habe in den letzten 10 Jahren **kein** Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt!
- Ich habe in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen (**z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundbesitz**)
- veräußert  übertragen  verschenkt \_\_\_\_\_

(Soweit vorhanden, bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

**Bitte die Kontoauszüge aller Konten der letzten 6 Monate sowie Kopien aller Sparbücher beifügen.**

<b>8. Aufenthaltsverhältnisse</b>		
zugezogen am	von	Grund
Datum Grenzüberschreitung aus dem Ausland		
<b>Wurde <u>bereits</u> Sozialhilfe beantragt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
gestellt bei	bewilligt / abgelehnt mit Bescheid vom	
	bewilligt vom	bis
	Wer hat die Umzugskosten gezahlt / abgelehnt?	

Aufenthalt in den letzten 3 Monaten vor erstmaliger Heimaufnahme bzw. erstmaliger Aufnahme in eine Pflegefamilie		
vom	bis	Ort, Einrichtungen

Kostenträger des letzten Heimaufenthaltes	Tag der Entlassung

**Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig.**

**Das Merkblatt zum Antrag habe ich / haben wir erhalten.**  
**Wer wesentlich falsche oder unvollständige Angaben macht, kann wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden (§263 Strafgesetzbuch).**  
**Hat ein Leistungsberechtigter beispielsweise durch absichtlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben Sozialhilfe zu Unrecht erhalten, so muss er die Leistung erstatten!**

---

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters  
und des Ehegatten / Lebenspartner / Partner der eheähnlichen Gemeinschaft

\* freiwillige Angabe