

Eingang:	Überprüfungsbogen: Leistungen nach dem SGB XII	Aktenzeichen:
----------	--	---------------

1. Persönliche Verhältnisse			
		1. Person	2. Person
101		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
102		Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> minderjähriges Kind <input type="checkbox"/> _____
103	Familienname		
104	Geburtsname		
105	Vorname		
106	Geburtsdatum und Geburtsort		
107	Straße, Hausnummer		
108	PLZ, Ort		
109	Telefonnummer (Angabe freiwillig)		
110	E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)		
111	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
112	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder einen Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: _____
113	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
114	Benötigen Sie wegen einer Krankheit oder Behinderung eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2. Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen (Eltern, Kinder, getrenntlebende oder geschiedene Ehegatten)							
	Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Wohnort	Beruf/derzeitige Tätigkeit
201							
202							
203							
204							
205							
206							
207							
208							
209							

210	Verfügt eines Ihrer Kinder / ein Elternteil über erhebliches Einkommen (über 100.000 Euro jährlich / brutto)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wer? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wer? _____
3.	Angaben zur Wohnung und zur Wohnungsmiete (bitte Nachweise/Abrechnungen etc. beifügen)		
301	Wie viele Personen leben in der Wohnung?	_____ Personen	
Zahlungen an den Vermieter			
311	Überweisung laut Kontoauszug	€ _____	
312	Kaltmiete	_____ €	
313	Betriebs- und Nebenkosten	_____ €	
314	Heizkosten	_____ €	
315	sonstige Kosten z. B. Stellplatz, Teilmöblierung u. ä.	_____ € für _____	
Zahlungen an die Stadtwerke oder sonstigen Versorger			
321	Strom	_____ €	
322	Gas	_____ €	
323	Wasser	_____ €	
324	Abwasser	_____ €	

4.	Einkommen		
Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist insofern nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind. Bitte legen Sie Ihre Einkommensnachweise vor.			
		1. Person	2. Person
	Erzielen Sie Einkommen aus den folgenden Einkommensarten?	Monatlicher Betrag	Monatlicher Betrag
401	Altersrente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
402	Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
403	Witwen-, Witwer oder Waisenrente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
404	Werks-, Betriebs- oder Zusatzrenten	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
405	Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
406	Sonstige Rente Wenn ja, Art der Rente _____	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
407	Einkünfte aus der Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen Wenn ja, nehmen Sie an der Mittagsverpflegung teil Ausbildungsgeld der Agentur für Arbeit (anrechnungsfrei)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
408	Nichtselbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
409	Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
410	Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
411	Unterhalt oder Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
412	Leistungen der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein

413	Blindengeld / Landeshilfe für Blinde	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
414	Haben Sie weitere Einkünfte? (Bitte Art und Höhe der Einkünfte nachweisen)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein _____ <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € _____	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein _____ <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € _____
<p>Hier einige Beispiele für weitere Einkünfte. Die Aufzählung ist jedoch <u>nicht</u> abschließend: Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen o. ä.), Vermietung und Verpachtung, Krankengeld, Übergangsgeld, Elterngeld, Unfallrente, Invaliditätsrente, Pensionen, Landwirtschaftliches Altersgeld oder Deputate (Lebensunterhalt in Naturalien), Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG), privatrechtlichen Ansprüchen, Wohngeld, Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG), Einkommenssteuererstattungen, sonstiges bisher nicht genanntes Einkommen.</p>			
430	Sind eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen beantragt, aber bisher noch nicht bewilligt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art und zuständige Stelle bitte nachweisen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art und zuständige Stelle bitte nachweisen
440	Haben Sie in der Vergangenheit auf Einkommen oder sonstige Ansprüche verzichtet (z. B. Wohn- oder Verpflegungsrechte aus Übertragungsverträgen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art und Höhe des Anspruchs bitte nachweisen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art und Höhe des Anspruchs bitte nachweisen

5. Vom Einkommen möglicherweise absetzbare Beträge			
		1. Person	2. Person
501	Privat-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
502	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
503	Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
504	Altersvorsorgebeiträge (z. B. Riester-Verträge)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein
505	Sonstige absetzbare Beträge Art der Beiträge (VdK, Gewerkschaftsbeiträge)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein _____

6. Vermögen			
Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch im Ausland befindliche, anzugeben. Die untenstehende Auszählung ist deshalb nicht abschließend. Bitte legen Sie zu Ihren Angaben Nachweise vor.			
	Vermögensart	1. Person	2. Person
601	Bargeld	_____ €	_____ €
602	Girokonto (bitte Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen)	IBAN _____ Kontostand _____ € IBAN _____ Kontostand _____ €	IBAN _____ Kontostand _____ € IBAN _____ Kontostand _____ €
603	Sparbücher (bitte Kopien von sämtlichen Seiten der Sparbücher beifügen)	Nr. _____ Kontostand _____ € Nr. _____ Kontostand _____ €	Nr. _____ Kontostand _____ € Nr. _____ Kontostand _____ €
604	Lebensversicherungen Sterbegeldversicherungen Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Versicherungssumme, Rückkaufswert und monatliche Beiträge bitte nachweisen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Versicherungssumme, Rückkaufswert und monatliche Beiträge bitte nachweisen.

605	Fahrzeuge (z. B. PKW, LKW, Motorräder, Anhänger, Wohnwagen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen _____ KM-Stand _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen _____ KM-Stand _____
606	Haben Sie weiteres Vermögen? Art des Vermögens	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein _____ <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € _____	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € <input type="checkbox"/> Nein _____ <input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ € _____
<p>Hier einige Beispiele für weiteres Vermögen. Die Aufzählung ist jedoch <u>nicht</u> abschließend: Wertpapiere, Sparbriefe, Bausparverträge, Lebensversicherungen, Schmuck- oder Kunstgegenstände, Sammlungen, Sterbegeldversicherungen, (Mit-)Eigentümer eines Hausgrundstücks oder sonstigen Grundbesitzes, Eigentum von Hypotheken oder sonstigen Forderungen gegenüber Dritten, (Teil-)Inhaber(in einer Firma oder eines Gewerbes)</p>			
607	Wurde von Ihnen seit der letzten Überprüfung Vermögen auf andere Personen übertragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen
608	Haben Sie seit der letzten Überprüfung geerbt oder eine Erbschaft ausgeschlagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Nachweise vorlegen
701	Ich erkläre ausdrücklich, dass sich gegenüber meinen letzten Angaben keine Änderungen ergeben haben, die ich oben nicht genannt habe.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

Ich nehme zur Kenntnis: Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§263 Strafgesetzbuch) und dass ich zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zu erstatten habe (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X; § 103 Sozialgesetzbuch XII).

Ich erkläre: Den Überprüfungsbogen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zum Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitteilen.

_____ Datum

_____ 1. Person Unterschrift

_____ 2. Person Unterschrift

_____ Betreuer/Bevollmächtigte/r