

# Antrag auf Erbringung von Leistungen nach dem

SGB XII  AsylbLG  BVG oder vergleichbar in Form von

Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)

sonstigen Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)

(Bitte füllen Sie auch den Vordruck "Zusatzfragebogen für Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII" [Art.Nr. 00/410/9007/01] aus.)

## Werden für Kinder, Jugendliche und/oder Schüler/innen Leistungen für Bildung und Teilhabe (§§ 34 ff. und 131 SGB XII) beantragt?

ja (Bitte füllen Sie auch den Vordruck "Antrag auf Erbringung von Leistungen für Bildung und Teilhabe sowie einmaligen und ergänzenden Leistungen" (Art.Nr. 00/410/9001/01) aus.)

nein

### 1. Häusliche Verhältnisse

	Nachfragende Person				Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)			
Familienname								
Geburtsname und früher geführte Namen								
Vorname/n								
Geburtsdatum, -ort								
Adresse/PLZ Wohnort								
Telefon-Nr. (freiwillig)								
Familienstand/ Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haushalts- vorstand		Haushalts- angehörige/r		Haushalts- vorstand		Haushalts- angehörige/r	
Staatsangehörigkeit								
Aufenthaltsstatus (Ausländer)								
Ausweisdokument								
Nummer des Ausweisdokuments								
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja		nein		ja		nein	
	Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges		Jahr		Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges		Jahr	
Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1 bis 3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja		nein		ja		nein	
Sozialversicherungsnummer								
Vormund/Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nein		ja		nein		ja	
	wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen				wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen			
	Anschrift				Anschrift			

Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.)

	1	2	3	4	5			
Familienname								
Geburtsname und früher geführte Namen								
Vorname/n								
Geburtsdatum								
Geburtsort								
Familienstand								
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person								
Staatsangehörigkeit								
Aufenthaltsstatus (Ausländer)								
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	ja		nein		ja		nein	
	Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges		Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges		Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges		Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges	
Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1 bis 3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	ja		nein		ja		nein	

### Statistik nach dem Fünfzehnten Kapitel SGB XII

	Nachfragende Person	Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Art der Beschäftigung							
Einschränkung der Leistung							

Behörde/Eingangsstempel

Aktenzeichen

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

00/410/9000/28 W. Kohlhammer (15020) Deutscher Gemeindeverlag www.kohlhammer.de Bestell-Fax: 0711 7863-84 00 E-Mail: dg@kohlhammer.de

## 2. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

1. Wurde bei einer der unter 1. eingetragenen Personen eine Schwerbehinderung festgestellt und das Merkzeichen "G" oder "aG" erteilt? Wenn ja, bitte den Bescheid nach § 69 Abs. 4 SGB IX der zuständigen Behörde oder den Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX beifügen!  nein  ja, und zwar

Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen!  nein  ja, und zwar

2. Ist eine der unter 1. eingetragenen Personen schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterschaftspass/ein ärztliches Attest beifügen!  nein  ja, und zwar

3. Benötigt eine der unter 1. eingetragenen Personen eine kostenaufwendige Ernährung? Wenn ja, bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen!  nein  ja, und zwar  
(mit Begründung)

4. Wird das Warmwasser durch eine in Ihrer Unterkunft installierte Vorrichtung erzeugt (dezentrale Warmwassererzeugung z.B. durch elektrischen Boiler)?  nein  ja

## 3. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

Nachfragende Person Name der Krankenkasse	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in) Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:	Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:
Name, Vorname Geburtsdatum	Name, Vorname Geburtsdatum
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

1	2	3	4	5
nachfragende Person	nachfragende Person	nachfragende Person	nachfragende Person	nachfragende Person
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Versicherung	eigene Versicherung	eigene Versicherung	eigene Versicherung	eigene Versicherung
Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich/bestimmen wir folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner/zu unserer Krankenkasse:

Name der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
-----------------------	----------------------------

## 4. Leistungen für die Unterkunft (§ 35 SGB XII)

Ich bin/Wir sind  
 Mieter/mietähnlich Nutzungsberechtigte(r) von Wohnraum (Mielbescheinigung/Mietvertrag beifügen)

Die Miete (Kaltmiete zuzüglich Vorauszahlung für Betriebskosten) beträgt  EUR monatlich.

Bewohner von Haus-/Wohneigentum (Ertragsberechnung mit Nachweisen beifügen)

Wohngeld wurde bereits bewilligt  nein  ja (Bescheid beifügen), und zwar  
von Monat/Jahr  bis Monat/Jahr  monatliches Wohngeld in EUR

## 5. Leistungen für die Heizung und die zentrale Warmwasserversorgung (§ 35 SGB XII)

Die Kosten der Heizung betragen  EUR monatlich. Sind die Kosten für die zentrale Warmwasserversorgung darin enthalten?  ja  nein

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Einzelofenheizung (Energieträger werden selbst beschafft). Zum Betrieb der Heizung wird folgender Brennstoff benötigt

Heizöl benötigt

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Sammelheizung (Energieträger werden geliefert). Der Betrieb der Heizung erfolgt mit

Heizöl  Erdgas  Fernwärme  Strom  Nachtspeicherheizung

**6. Einkommen (§§ 82 ff SGB XII)**

Es sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge etc. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.

Art des Einkommens	Nachfragende Person	Ehepartner/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner(in)	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Arbeits-einkommen <sup>1)</sup>							
Unterhalt nach dem BGB							
Unterhaltsvor-schuss (UVG)							
BAföG-Leistungen							
Arbeitslosen-geld							
Arbeitslosen-geld II / Sozialgeld							
Unterhaltsgeld							
Insolvenzgeld							
Berufsausbil-dungsbeihilfe							
Krankengeld							
Mutterschafts-geld							
Altersrente							
Erwerbsminderungsrente							
Witwen-/ Witwerrente							
Waisenrente							
Betriebsrente							
sonstige Rente							
sonstige Rente							
Pensionen							
Verletztengeld							
Kindergeld							
Versorgungs-leistungen (BVG u. ä.)							
Aufwandsent-schädigungen für Mandats-träger oder Übungsleiter							
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)							
Miet- u. Pacht-einnahmen							
Erziehungs-bzw. Elterngeld							
Sonst. Einkommen							

Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu.

Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu:  freie Verpflegung  freie Unterkunft/Wohnung  sonstige Sachbezüge, nämlich

Art des Sachbezuges, begünstigte Person, monatlicher Wert (ggf. Schätzwert) des Sachbezuges

Sind einer der unter 1. eingetragenen Personen in den letzten 12 Monaten einmalige Einkünfte oder Bezüge zugeflossen (Urteil BSG v. 30.09.2008, Az. B 4 AS 29/07 R)?

nein  ja, und zwar am  in Höhe von

Bitte genaue Bezeichnung eintragen (z.B. Einkommensteuererstattung)

Bezeichnung des einmaligen Einkommens/der einmaligen Bezüge

<sup>1)</sup> Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere die Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit, aus selbstständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.

**7. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§ 82 Abs. 2 SGB XII)**

Art des Absetzungsbeitrages	Nachfragende Person	Ehepartner/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner(in)	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Arbeitsmittel							
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte mit	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> PKW
	<input type="checkbox"/> ÖPNV	<input type="checkbox"/> ÖPNV	<input type="checkbox"/> ÖPNV	<input type="checkbox"/> ÖPNV	<input type="checkbox"/> ÖPNV	<input type="checkbox"/> ÖPNV	<input type="checkbox"/> ÖPNV
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Entfernung Wohnung/ Arbeitsstätte in km							
Preis für eine Fahrkarte							
Beitrag zu Berufsverband							
Hausratversicherung							
Haftpflichtversicherung							
Altersvors.beitrag (§ 82 EStG)							
Sonst. Versicherung							
Sonst. Versicherung							
Sonstiges							
Sonstiges							

**8. Vermögen (§ 90 SGB XII)**

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte (z. B. Forderungen und Nutzungsrechte) mit einer gewissen Wertigkeit.

**Tragen Sie im Zweifel das vermeintliche Vermögen ein, damit die leistende Behörde entscheiden kann, ob es sich wirklich um Vermögen handelt!**

Art des Vermögens	Nachfragende Person	Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Bargeld							
Guthaben auf Sparkonto							
Guthaben auf Girokonto							
Kontonummer							
Kreditinstitut							
Aktien o. ä.							
Kurswert							
Nennwert							
Lebensversicherung o. ä.							
Rückkaufwert							
Kfz							
Typ							
Baujahr und Kilometerstand							
Grundstück(e)							
Verkehrswert							
Einheitswert							
Sonstiges Vermögen							

Hat eine der unter 1. aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z.B. Grundbesitz, Bargeld) ?

nein  ja, zwar wie folgt:

Name, Vorname des Schenkers

Name, Vorname und Anschrift des Beschenkten

Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben)

### 9. Angaben für Versorgungsleistungen nach dem BVG oder entsprechend anwendbarer Gesetze

Folgende Angehörige der nachfragenden Person bzw. Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft sind durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst oder haben aufgrund der Ursache ihrer Hilfebedürftigkeit (Minderung der Erwerbsfähigkeit, Behinderung, Krankheit o. ä.) Ansprüche nach dem BVG, OEG, SVG, ZDG, IfSG/BSeuchG, HHG, StrRehaG, VwRehaG oder AntiDHG:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsverhältnis	ggf. Sterbedatum und Sterbeort
Versorgungsbehörde, die Leistungen nach diesen Gesetzen erbringt	Az. der Versorgungsbehörde (bitte Anerkennungs- oder Bewilligungsbescheid beifügen)

### 10. Wiederherstellung des Nachrangs der Sozialhilfe

1. Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§ 94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner usw.

Pflichtiger	1	2	3	4
Familienname				
Vorname/n				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Höhe der lfd. Unterhaltszahlungen				
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht? Wenn ja, wo? Bitte Unterhaltstitel (z.B. Urteil etc.) beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

1a. Diese Fragen müssen nur beantwortet werden, wenn ausschließlich Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beantragt werden:

Verfügt **eines** Ihrer beiden Elternteile über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,- EUR?  nein  ja  ist mir/uns nicht bekannt

Wenn ja, welcher Elternteil?  Mutter  Vater

Mit welcher Tätigkeit erzielen Ihre Eltern Einkommen?

Mutter  Vater

Verfügt **eines** Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,- EUR?  nein  ja  ist mir/uns nicht bekannt

Wenn ja, welches Kind?

Mit welcher Tätigkeit erzielt/erzielen Ihr Kind/Ihre Kinder Einkommen?

Vorname und Name des Kindes, Bezeichnung der Tätigkeit	Vorname und Name des Kindes, Bezeichnung der Tätigkeit	Vorname und Name des Kindes, Bezeichnung der Tätigkeit
--	--	--

2. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§§ 102 ff. SGB X, § 74 EStG)

Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt?

Art der Leistung	nein	ja	Antragsdatum	Für wen und wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII, §§ 115 und 116 SGB X)

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung)?  nein  ja, und zwar wie folgt:

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?

Liegt bei der nachfragenden Person eine Minderung der Erwerbsfähigkeit und/oder Behinderung vor?  nein  ja, und zwar wie folgt:

Art/Bezeichnung (Diagnose)	verursacht durch (z. B. Unfall)	am/seit

## 11. Bankverbindung

Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:		
Kontonummer/IBAN	Bankleitzahl/BIC	Kreditinstitut
Kontoinhaber		

## 12. Aufenthaltsverhältnisse

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am	von (letzte Adresse oder Ort des Grenzübertritts in die Bundesrepublik Deutschland)
Hat sich eine der unter 1. genannten Personen vor dem Eintritt der vermeintlichen Hilfebedürftigkeit in einer Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o. ä.) aufgehalten oder wurde bzw. wird sie in ihrer ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung ambulant betreut (z.B. mobiler Hilfsdienst, ambulanter Pflegedienst)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
Name, Vorname/n	
Name und Anschrift der Einrichtung/der ambulanten Wohnmöglichkeit	
Kostenträger für den Aufenthalt in der Einrichtung/der ambulanten Wohnmöglichkeit	

## 13. Ergänzende Angaben und Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Gehört eine der unter 1. genannten Personen zu einem der nachfolgend aufgeführten Personenkreise? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (bitte Nachweis wie Schul- und Studienbescheinigung, Visum etc. beifügen):			
Personenkreis	Name und Vorname	Personenkreis	Name und Vorname
Schüler/in		Asylberechtigte/r	
Auszubildene/r oder Student/in		Anerkannter Flüchtling nach der Genfer Konvention	
Beziehen Sie Pflegegeld von einer Pflegekasse? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar für die Pflegestufe			
Name der Pflegekasse			Höhe der monatlichen Leistung

## 14. Antragsbegründung

(Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen - ggf. verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt -)

--

## 15. Hinweise und Schlussfolgerungen

<b>1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben</b> Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden - unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung - aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.		
<b>2. Mitwirkungspflichten</b> Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsopferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und § 9 Abs. 3 AsylbLG). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.		
<b>3. Aushändigung des Merkblattes</b> <input type="checkbox"/> Ich bestätige den Erhalt eines Merkblattes über die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 67 SGB I (Art.Nr. 00/410/9095/01)/§ 9 Abs. 3 AsylbLG.		
<b>4. Hinweise zum Datenschutz</b> Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII, des AsylbLG und des BVG. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.		
<b>5. Geltendmachung von Ansprüchen</b> Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.		
<b>6. Unterschriften</b> Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.		
Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)
<b>7. Änderungsvermerke</b> Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.		
Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)

### Stellungnahme der Stadt/Gemeinde

Vorstehende Angaben bzw. Unterlagen sind

vollständig

nicht vollständig (Erläuterungen auf Beiblatt)

Ort, Datum, Unterschrift

Anlage/n an die Stadt/das Landratsamt