

**Erhebungsbogen/
 Antrag auf**

- Sozialhilfe** Hilfe zum Lebensunterhalt Hilfe zur Pflege
 Grundsicherung Blindenhilfe
 Hilfe zur Gesundheit Hilfe in anderen Lebenslagen
- Kriegsopferfürsorge**
- Neuprüfung bei bereits laufender Hilfestellung** Hdz _____

Art der Hilfe: _____

Sind bereits Unterlagen aus jetziger oder früherer Zeit beim hiesigen oder einem anderen Sozialamt vorhanden? Wo?

nein ja, bei _____

Persönliche Verhältnisse

Antragsteller_in

- Antragsteller_in 2**
 Ehegatt_in (nicht getrennt lebend)
 Lebenspartner_in nach LPartG (nicht getrennt lebend)
 Lebensgefährte_in (nicht getrennt lebend)

Name, Vorname
 (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum und -ort

Anschrift

Ausgeübte Tätigkeit

Staatsangehörigkeit

Telefon:

Familienstand

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verh. | <input type="checkbox"/> verw. | <input type="checkbox"/> gesch. | <input type="checkbox"/> getrennt | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verh. | <input type="checkbox"/> verw. | <input type="checkbox"/> gesch. | <input type="checkbox"/> getrennt |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

Datum u. Ort d. Eheschließung bzw.
 Eingehen der Lebenspartnerschaft

getrennt lebend seit

Scheidung bzw. Aufhebung der
 Lebenspartnerschaft am

Angaben zu getrennt lebenden / geschiedenen oder verstorbenen Ehegatt_in oder Lebenspartner_in nach dem LPartG.

Personalien früherer Ehegatt_innen / Lebenspartner_innen auf der letzten Seite anführen.

Name, Vorname
 (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum und -ort

Anschrift

Staatsangehörigkeit / Beruf

Familienstand

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> verh. | <input type="checkbox"/> verw. | <input type="checkbox"/> gesch. | <input type="checkbox"/> getrennt | <input type="checkbox"/> verh. | <input type="checkbox"/> verw. | <input type="checkbox"/> gesch. | <input type="checkbox"/> getrennt |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

verstorben / gefallen / vermisst
 seit / am

Mit in der Wohnung lebende Verwandte und Verschwägerte

Name, Vorname	Verwandtschaftl. Verhältnis	Geburtsdatum	Geburtsort	Bei Kindern Falls nicht gemeinschaftl. Kinder: Welches Kind? Name und Anschrift des and. Elternteils bitte unter VII. (Unterhalt) angeben	Bei Kindern			Beruf	Einkommen netto €
					ehe-lich	nicht ehe-lich	Besteht Unterhaltsbeistand-schaft?		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Sonstige in der Wohnung lebende Personen

Name, Vorname	besteht Wirtschafts-gemeinschaft		Einkommen netto €
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Kinder außerhalb des Haushalts
(weitere Kinder bitte auf gesondertem Blatt aufführen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Fam.-stand	Zahl d. Kinder	Falls nicht gemeinschaftl. Kinder: Wessen Kind?	Anschrift	Beruf

Eltern des/der	Antragsteller_in	Ehegatt_in / Lebensgefähr_t_in / Lebenspartner_in
Vater: Name, Vorname		
Geburtstag		
Anschrift		
Beruf		
Mutter: Name, Vorname		
Geburtstag		
Anschrift		
Beruf		

Wohnverhältnisse

Eigenes Haus / Eigentumswohnung
 Hauptmietverhält. Untermietverhält. / mietfrei / im Heim
 Wohnung ist: möbliert unmöbliert
 Zimmerzahl / Wohnfläche m²

Vermieter_in:

Zimmer sind untervermietet: nein ja, zu €

Miete: Grundmiete ohne Nebenkosten €

Nebenkosten €

Kosten für Garage / Abstellplatz €

Gesamtmiete €

Ist in der angegebenen Miete Warmwasser enthalten? nein ja

Ist in der angegebenen Miete Strom enthalten? nein ja

Ist Ihnen die Nebenkostenabrechnung für die letzte Abrechnungsperiode bereits zugegangen? nein ja

Hinweis: Höhe und Zusammensetzung der aktuellen Gesamtmiete und ggf. Untermiete bitte gesondert nachweisen !

Miete:

Miete bezahlt bis

Mietrückstand €

Mietverhältnis gekündigt? nein ja

Art der Heizung:

Holz-/ Kohleofen Zentralheizung:

Ölofen Gas- Zentralheizung

Gasofen/ Gasetagen- Öl- Zentralheizung

heizung/ Elektroheizung Fernwärme

Jährliche Abfallgebühren €

Nebenkostenzuschuss €

Wohngeld / Lastenzuschuss:

beantragt? nein ja falls ja, am

bewilligt? nein ja falls ja, ab / €

Energiekosten (badenova /)

mtl. Pauschale € bez. bis

Energiekostenrückstand €

Energiezufuhr gesperrt? nein ja seit

Aufenthaltsverhältnisse	Antragsteller_in	Ehegatt_in / Lebensgefähr_t_in / Lebenspartner_in
Seit wann leben Sie in Freiburg? (Bitte Zuzugsdatum angeben)		
Von wo sind Sie zugezogen?		
Bei Krankenhaus- / Heimaufenthalt / Inhaftierung vor Antrag:		
Anschrift der Einrichtung / der Haftanstalt		
Aufnahme- bzw. Inhaftierungsdatum		
Aufenthaltsort/e in den letzten 2 Monaten vor der ersten Heimaufnahme o. Inhaftierung (nicht nur melderechtl. Registrierung)		
Bei Auslandsaufenthalt		
Wann und an welchem Ort erfolgte der Grenzübertritt aus dem Ausland?		
Wann und von wem wurde seit Grenzübertritt Hilfe in Anspruch genommen?		
Dauer, Ort, Staat des Auslandsaufenthaltes		
Wurde die bisherige Wohnung im Ausland aufgegeben oder beibehalten?		

Antragsteller_in	Ehegatt_in / Lebensgefährte_in / Lebenspartner_in
Sind Sie Heimatvertriebene_r oder Spätaussiedler_in? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bescheinigung gem. § 15 BVFG (früher Verfr. ausweis A) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
ausgestellt am _____	ausgestellt am _____
Bei Ausländern: Tag der Einreise in die BRD	
Art des Aufenthaltstitels	
befristet bis	Datum
Wurde bei einer Ausländerbehörde eine Verpflichtungserklärung für Sie oder für eine weitere im Haushalt lebende Person abgegeben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für
Asylrecht: beantragt / abgelehnt / anerkannt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am
Ausbildungen Schule / Studium (abgeschlossen oder abgebrochen)	
Berufsausbildungen (abgeschlossen oder abgebrochen)	
Erwerbsunfähigkeit / Pflegebedürftigkeit / gesundheitliche Situation	
Der Einsatz der Arbeitskraft ist <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> teilw. möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> teilw. möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich
Ggf. bitte genaue Begründung angeben. Bei Krankheit behandelnden Arzt angeben und ärztliches Attest beifügen.	
Sind Sie dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ja, weil	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ja, weil
Leiden Sie an einer Krankheit / Behinderung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja: Beruht die Behinderung auf einer Verletzung, Schädigung oder einem Unfall (auch ohne Fremdbeteiligung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Datum des Ereignisses	
Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? ggf. gegen wen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja: Grad der Behinderung	v.H. / Merkzeichen: gültig bis:
Sind Sie oder Haushaltsmitglieder pflegebedürftig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, wer?	
Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, nach Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, nach Pflegegrad
Sind Sie oder Haushaltsmitglieder schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Müssen Sie oder Haushaltsmitglieder Krankenschonkost zu sich nehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wegen
Versicherungsverhältnisse	
Krankenversicherung	
(freiwillig-, privat- oder pflichtversichert oder als Familienangehörige_r oder Rentenantragsteller_in) bei	bei
als	als
monatlicher Beitrag	€ bezahlt bis
Bei fehlender Krankenversicherung: Bei welcher gesetzl. oder privat. Krankenkasse waren Sie zuletzt versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls Sie nicht Mitglied einer Krankenversicherung werden können: Möglicherweise können Sie vom ASS bei der AOK angemeldet werden. Oder wählen Sie eine andere Kasse? Welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beihilfeberechtigung (eigene oder über Elternteil) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rentenversicherung Sind zu irgendeinem Zeitpunkt Beiträge geleistet worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ggf. Versicherungsanstalt angeben	
Wurden bei Eheschließung oder später Rentenbeiträge ausbezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haftpflichtversicherung / Gesellschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Beitrag monatlich:	€ Beitrag monatlich: €
Hausratversicherung / Gesellschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Beitrag monatlich:	€ Beitrag monatlich: €
Glasbruchversicherung / Gesellschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Beitrag monatlich:	€ Beitrag monatlich: €
Krankenhaustagegeld-Versicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Antragsteller_in	Ehegatt_in / Lebensgefährte_in / Lebenspartner_in
Einkommensverhältnisse und Ansprüche: auch Einkommen von im Haushalt lebenden Kindern ist anzugeben	
I. Angaben zu bestehenden oder früheren Beschäftigungsverhältnissen einschließlich nichtversicherungspflichtiger Tätigkeiten. (Anzugeben sind Arbeitgeber_in, sowie Beginn und Ende der Beschäftigung)	
Letzte Gehaltszahlung am	in Höhe von €
Bestehen noch Gehaltsansprüche? Gegebenfalls Höhe angeben	€
Ist/wird beim Arbeitsgericht Klage eingereicht?	€
II: Einkünfte bei Arbeitslosigkeit	
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters in Form von	Kundennummer
Arbeitslosengeld 1	€
Arbeitslosengeld 2	€
Sonstiges	€
III. Bei Berufstätigkeit: Erwerbseinkommen (netto)	
aus selbstständiger Arbeit	€
aus nichtselbstständiger Arbeit	€
Erhalten Sie Sachleistungen (z.B. Essen, Wohnen?)	€
Berufsbedingte Aufwendungen (Arbeitsmittel/Fahrtkosten)	€
Schwankt der Monatsverdienst?	€
IV. Renteneinkommen (Nettorenten angeben. Bei Geburt vor 1921 ohne Kindererziehungsleistung / Vers.Tr. = Versicherungsträger)	
Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (Berufsunfähigkeitsrente)	€
Rente wegen voller Erwerbsminderung (Erwerbsunfähigkeitsrente)	€
Altersrente (Altersruhegeld)	€
Witwen-/Witwerrente	€
Waisenrente	€
Zusatzrente	€
Unfallrente	€
betriebliche Renten (auch Hinterbliebenen-Rente)	€
Private Renten (auch Riesterrente)	€
Renten aus dem Ausland	€
Haben Sie irgendwann im Ausland gearbeitet?	€
Falls ja, Bitte nähere Angaben zu Zeiträumen und Land	
Wurde ein Rentenanspruch abgelehnt?	€
Falls ja:	
wann?	€
warum?	€
Kriegsschadensrente nach dem Lastenausgleichsgesetz	€
Unterhaltshilfe	€
Entschädigungsrente	€
Pflegezulage	€

Antragsteller_in		Ehegatt_in / Lebensgefähr_t_in / Lebenspartner_in	
Rente vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Beschädigtenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja MdE v.H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja MdE v.H.	
Witwen- oder Waisenrente/ -beihilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Grundrente	€	€	
Zulagen	€	€	
Ausgleichsrente	€	€	
Ehegattenzuschlag	€	€	
Berufs-/ Schadensausgleich	€	€	
Elternrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Sind Kinder gefallen oder an einer Wehrdienstbeschädigung gestorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Entschädigungsrente nach dem Bundesentschädigungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Bei Bezug einer gesetzlichen Rente: Liegen Ihrem Rentenbezug freiwillige Beiträge zugrunde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
V. Sonstiges Einkommen			
aus Vermietung und Verpachtung (monatlich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Krankengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit / €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit / €	
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Zuschuss des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Kindergeld			
Erhalten Ihre Eltern für Sie Kindergeld?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja KG.-Nr.: / €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja KG.-Nr.: / €	
Erhalten Sie für ein Kind Kindergeld?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja KG.-Nr.: / €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja KG.-Nr.: / €	
Falls ja: Für welches Kind?			
Elterngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Hilfen zur Schul- und Berufsbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Unterhaltssicherung für Angehörige von Wehrdienstleistenden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Pension, Ruhegehalt, Waisengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Anspruch aus Grundstücksübergabeverträgen (Wohnrechte, Altenteilverträge etc.) Name, Anschrift - Verpflichteter -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ansprüche aus sonstigen Verträgen (z.B. Versorgung, Pflege, private Pflege-Zusatzversicherung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €	
Einnahmen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen, Dividende)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ansprüche wegen Verschulden Dritter (z.B. Opferentschädigungsgesetz [OEG])	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für / €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für / €	
Weitere Einkommen und Ansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
VI. Sind Ansprüche gepfändet oder abgetreten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja: Grund, Höhe, Empfänger_in			

VII. Leistungen von Unterhaltspflichtigen

	Antragsteller_in	Ehegatt_in / Lebensgefährte_in / Lebenspartner_in
Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ist - nicht - geregelt durch Vertrag/Urteil/Vereinbarung/Urkunde/festgesetzter Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ist - nicht - geregelt durch Vertrag/Urteil/Vereinbarung/Urkunde/festgesetzter Betrag
	€	€
tatsächliche Leistung	€	€
Name und Anschrift des/der Unterhaltspflichtigen		
Verfügt eines Ihrer Kinder/verfügt ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Name, Adresse und Geb.-Datum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Name, Adresse und Geb.-Datum
Bei Kindern: welches Kind?		
Bei Unterhaltsansprüchen gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatt_innen oder Lebenspartner_innen:	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche werden bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt.	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche werden bereits geltend gemacht? <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt.

Vermögen

auch Vermögen von im Haushalt lebenden minderjährigen Kindern ist anzugeben

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
Girokonto bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	IBAN	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	IBAN
Einlagestand am	/	€	/	€
Girokonto bei		IBAN		IBAN
Einlagestand am	/	€	/	€
Sparkonto bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	IBAN	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	IBAN
Einlagestand am	/	€	/	€
Sparkonto bei		IBAN		IBAN
Einlagestand am	/	€	/	€
Sind in den letzten drei Jahren vor Antragstellung erhebliche Kontenbewegungen / Geldausgaben erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei:	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei:	€
ggf. Höhe:		€		€
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art	€
Nennwert		€		€
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Einlagenstand am	/	€	/	€
Datum Vertragsabschluss/Fälligkeit	/		/	
Sparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Einlagenstand am	/	€	/	€
Datum Vertragsabschluss/Fälligkeit	/		/	
Lebensversicherung/Gesellschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Versicherungssumme/Beitragshöhe	€ /	€	€ /	€
Datum Vertragsabschluss/Fälligkeit	/		/	
Aktueller Rückkaufswert		€		€
Unfallversicherung/Gesellschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Datum Vertragsabschluss/Beitragshöhe	/	€	/	€
Aktueller Rückkaufswert		€		€
Geschäftsanteile einer Baugenossenschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name der Genossenschaft				
Höhe der Anteile		€		€

	Antragsteller_in	Ehegatt_in / Lebensgefährte_in / Lebenspartner_in
Priv. Rentenvers./Gesellschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versicherungssumme/Beitragshöhe	€ / €	€ / €
Datum Vertragsabschluss/Fälligkeit	/	/
Aktueller Rückkaufswert	€	€
Vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers einbezahlt in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, monatlicher Betrag	€	€
Bestattungsvorsorgevertrag mit Einzahlungen / Vertragspartner_in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aktueller Wert	€	€
Haus- und Grundbesitz Sind Sie Allein- oder Miteigentümer_in		
- einer oder mehrerer Wohnungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- eines oder mehrerer Häuser?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- eines oder mehrerer Grundstücke?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls eine der Fragen mit ja zu beantwortet ist: - Liegt/Liegen diese in Deutschland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- und/oder im Ausland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anschrift/en:		
Vermögensübertragungen		
Wurde Vermögen in Form von Haus- oder Grundvermögen oder Geldwerte oder Sachwerte in den letzten 10 Jahren vor diesem Antrag auf andere Personen übertragen (Verkauf, Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Nachweise beifügen
Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Amtl. Kennzeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Amtl. Kennzeichen
Falls ja: Fahrzeugtyp / Baujahr	/	/
erworben am / Kaufpreis	/ €	/ €
km-Stand		
Wofür wird das Fahrzeug benötigt?		
Sonstiges Vermögen (z.B. Förderungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstige Angaben		
Benötigen Sie Hilfen im Haushalt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Können Sie persönlich beim Amt für Soziales vorsprechen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stehen Sie unter gesetzlicher Betreuung? (Nachweis vorlegen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Betreuer_in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Betreuer_in
Haben Sie für Ihre Angelegenheiten beim Amt für Soziales eine Vollmacht erteilt? (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bevollmächtigte_r	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bevollmächtigte_r
Sonst. Ansprechpartner_innen für das Amt für Soziales in Ihrer Angelegenheit		
Zu wem haben Sie Kontakt im Amt für Soziales?		
Oder im Amt für Kinder, Jugend und Familie?		
Auf welches Konto kann ggf. die Hilfe überwiesen werden?	Bank/Postgiro	
	BIC:	IBAN: DE

Schuldverpflichtungen (freiwillige Angabe / Miet- oder Energieschulden bitte bei Wohnverhältnisse eintragen - siehe S. 2)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Gläubiger_in	Art und Grund der Schuldverbindlichkeit/ Zweck der Darlehens- oder Kreditaufnahme	Gesamtsumme	monatliche Ratenzahlungen	Restbetrag (noch zu zahlen €)

Wichtige Hinweise

Wenn Sie Sozialhilfeleistungen **beantragen oder erhalten müssen Sie alle Tatsachen angeben**, die für die Leistungen erheblich sind **und auf Verlangen des Amtes für Soziales** der Erteilung der **erforderlichen Auskünfte durch Dritte zustimmen**. Sie müssen **Änderungen in den Verhältnissen**, die für die Leistungen erheblich sind oder **Änderungen bei Erklärungen**, die im Zusammenhang mit der Leistung abgegeben worden sind, unverzüglich mitteilen und **Nachweise** darüber auf Verlangen dem Amt für Soziales **vorlegen** oder ihrer **Vorlage zustimmen**. Wesentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Tatsachen werden strafrechtlich verfolgt.

Mitzuteilen sind Sachverhalte wie z.B. Arbeitsaufnahme, Urlaubsaufenthalte und insbesondere Auslandsaufenthalte, Einkünfte jeder Art und Höhe, Wohnungswechsel, Erbschaft, Eheschließung, Eingehen einer eheähnlichen Gemeinschaft oder eingetragener Lebenspartnerschaft, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte. Auch über anderweitig gestellte Anträge (z.B. bei der Bundesagentur für Arbeit, bei Rententrägern, Krankenkassen oder anderen Sozialversicherungsträgern) haben Sie uns umgehend in Kenntnis zu setzen.

§ 118 Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII) berechtigt das Amt für Soziales, Daten von Sozialhilfeempfänger_innen regelmäßig mit anderen Sozialämtern zur Feststellung von gleichzeitigem Leistungsbezug bei verschiedenen Sozialämtern abzugleichen. Zusätzlich erlaubt diese Vorschrift den Abgleich Ihrer Daten mit der Bundesagentur für Arbeit und den gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungen zur Ermittlung möglicherweise nicht korrekt angegebener Einkünfte. Diese Prüfungen finden regelmäßig statt.

§ 93 Absatz 8 der Abgabenordnung berechtigt das Amt für Soziales, über das Bundeszentralamt für Steuern feststellen zu lassen, bei welchen Banken Sie Konten, Depots usw. unterhalten.

Erhält das Amt für Soziales Informationen über den Gesundheitszustand eines Antragstellers oder Leistungsempfängers ist es berechtigt, diese Daten auf Wunsch eines anderen Sozialleistungsträgers an diesen weiterzuleiten. Wünschen Sie dies nicht können Sie dem widersprechen.

Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Landesdatenschutzgesetzes (LDStG). Rechtsgrundlage für die Erhebung sind Artikel 6 Abs. 1e DS-GVO i.V.m. §§ 67ff Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X). Sie ist zulässig, da sie zur Erfüllung der Aufgaben des Sozialhilfeträgers erforderlich ist.

Die Datenschutzbestimmungen und die Datenschutzinformationen der Stadt Freiburg finden Sie unter https://www.freiburg.de/servicebw/Hinweise_zum_Datenschutz_Sozialhilfe.pdf.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX)

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

Erklärung

Ich/wir erkläre/n ausdrücklich, dass ich/wir durch dieses Antragsformular auf meine/unsere Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine/unsere Mitwirkungsverpflichtung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde/n. Ich/wir verpflichte/n mich/uns hierdurch, jede Änderung in meinen/unseren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **ohne Aufforderung, unverzüglich und vollständig mitzuteilen**.

Mir/uns ist bekannt, dass das Amt für Soziales der Stadt Freiburg im Breisgau für die Entscheidung über diesen Antrag Bankauskünfte einholen kann und ich/wir hierfür die infrage kommenden Institute im Rahmen meiner/unserer gesetzlichen Mitwirkungspflichten insoweit von der Wahrung des Bankgeheimnisses zu entbinden habe/n.

Ich/Wir erkläre/n unser Einverständnis, dass das Amt für Soziales der Stadt Freiburg berechtigt ist, Überweisungen auf mein/unser Bankkonto zurückzurufen, soweit Überweisungen zu Unrecht erfolgt sind und das Bankkonto eine ausreichende Deckung aufweist.

Ort und Datum

Antragsteller_in

Der/die Antragsteller_in hat/haben sich durch Vorlage des _____ ausgewiesen.

Ehegatt_in/Lebensgefährte_in/Lebenspartner_in

Unterschrift des / der Aufzunehmenden

Für Ergänzungen zum Sachverhalt, insbesondere zu den Umständen, die zum Antrag führten bzw. wovon der Bedarf bisher bestritten wurde, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.