



	Antragsteller/in		In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheäuhl. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte	
Betreuung, Pflugschaft, Vormundschaft, Bevollmächtigter? Wenn ja, Name und Anschrift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft seit		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft seit	
Datum, Ort d. Eheschließung/Eintragung der Lebenspartnerschaft				
Ehe geschieden/ Lebenspartnerschaft aufgehoben durch Urteil	vom rechtskräftig seit		vom rechtskräftig seit	
Liegt eine Schwangerschaft vor? (wenn ja, voraussichtl. Entbindungstermin)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie erwerbsgemindert/pflegebedürftig ?	erwerbsgemindert	behindert	erwerbsgemindert	behindert
	<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 <input type="checkbox"/> nein
	pflegebedürftig	Stufe / Grad	pflegebedürftig	Stufe / Grad
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen <input type="checkbox"/> G oder aG <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> Sonstiges___		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen <input type="checkbox"/> G oder aG <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> Sonstiges___	
Bedürfen Sie krankheits-oder behinderungsbedingt einer kostenaufwendigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder vergleichbarer Angebote?	Nehmen Sie regelmäßig teil? <input type="checkbox"/> ja an__ Arbeitstagen/Woche <input type="checkbox"/> nein		Nehmen Sie regelmäßig teil? <input type="checkbox"/> ja an__ Arbeitstagen/Woche <input type="checkbox"/> nein	



1.1 Entschädigungsleistungen nach §§ 25 ff Bundesversorgungsgesetz

Gehören Sie oder ein Angehöriger zum Personenkreis folgender Entschädigungsgesetze?	<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz (ZDG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Bundesseuchengesetz/Impfschäden (BSeuchG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG) (das heißt sie/er ist Opfer einer Gewalttat, die auf deutschem Gebiet - auch Schiff, Flugzeug- begangen wurde)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
als	<input type="checkbox"/> Beschädigter <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r (Witwe/r, Waise, Eltern)	
Anspruchsinhaber:	Name:	

1.2 In Haushaltsgemeinschaft lebende Angehörige und sonstige Personen

Name	Verwandtschaftsverh.	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangenh.	Beruf	Arbeitgeber

2. Aufenthaltsverhältnisse

	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä hn l. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
Seit wann leben Sie in Heilbronn ?		
Von wo sind Sie zugezogen?		
Beziehen Sie oder haben Sie früher schon einmal Leistungen nach dem SGB XII bzw. SGB IX (Sozialhilfe, ALG II, Jugendhilfe, Teilhabeleistungen etc.) bezogen oder diese beantragt ?	<input type="checkbox"/> ja von bis..... <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Sozial- und Jugendamt Adresse:	<input type="checkbox"/> ja von bis <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Sozial- und Jugendamt Adresse:



Bei Beantragung von Leistungen in - stat. Einrichtungen (Krankenhaus, JVA, Heim) Pflegefamilien oder - ambulant betreute Wohnformen (abW) Aufenthalt in den letzten beiden Monaten vor Bezug des Heims/Einrichtung oder der abW (Bitte möglichst exakt und weit zurückgehend angeben)		
Zeitraum (von – bis)	Anschrift (Straße und Ort)	Unterkunftsart (z.B. eigene Wohnung, Einrichtung, JVA etc.)
Grenzübertritt aus dem Ausland (§ 108 SGB XII)	am	
Letzter Wohnsitz im Bundesgebiet		

Wohnverhältnisse

Der/Die Antragsteller/in wohnt
<input type="checkbox"/> in Miete <input type="checkbox"/> in Untermiete <input type="checkbox"/> mietfrei <input type="checkbox"/> Wohnrecht
<input type="checkbox"/> im eigenen Haus/Eigentumswohnung ---> <input type="checkbox"/> ___ Zimmer ist/sind untervermietet
<input type="checkbox"/> in Einrichtung/Heim
Name des Trägers: _____

3. Unterhaltungspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes

3.1 Kinder

Name	Geburtsdatum	Fam.-Stand	Zahl d. Kinder	Anschrift	erlernter/ausgeübter Beruf

*ggf. separate Liste



3.2 Eltern

	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä hn l. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
<i>Vater</i> Name, Vorname, ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum und -ort		
Straße, PLZ, Ort		
erlernter/ausgeübter Beruf		
<i>Mutter</i> Name, Vorname, ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum und -ort		
Straße, PLZ, Ort		
erlernter/ausgeübter Beruf		

4. Angaben zum getrenntlebenden, geschiedenen oder verstorbenen Ehegatten/ aufgehobene Lebenspartnerschaft des/der n

	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä hn l. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
Name, Vorname ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum und -ort		
Straße, PLZ, Ort		
Beruf und Arbeitgeber		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft
Sterbedatum



	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
Werden Sie in Ihrer Unterhaltssache durch einen Anwalt vertreten? Wenn ja, Name und Anschrift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

5. Arbeitsverhältnisse

	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
Besteht z.Zt. ein Arbeitsverhältnis? Wenn ja, Angabe des derzeitigen Arbeitgebers Wenn nein, bis wann waren Sie zuletzt versicherungspflichtig beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für welchen Monat war die letzte Lohnzahlung?		
Sind Sie bei der Agentur für Arbeit/beim Jobcenter arbeitslos gemeldet ?	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein
Bei Ausländern: Bestand/Besteht z.Zt. ein Arbeitsverhältnis im Ausland	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein

6. Krankenversicherung und Pflegeversicherung

	Antragsteller/in	sofern Versicherungsschutz abweichend vom Antragsteller besteht
Besteht oder bestand Krankenversicherung/Pflegeversicherung? Bis wann?	<input type="checkbox"/> ja bis _____ <input type="checkbox"/> nein	Name: <input type="checkbox"/> ja bis _____ <input type="checkbox"/> nein



	Antragsteller/in		In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä hn l. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte	
Ggf. Name und Anschrift der Krankenkasse/ Pflegekasse				
Mitglieds-Nr./Vers.Nr.				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert		<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> als Familienangehöriger <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> privat versichert	
	KV	PV	KV	PV
Monatlicher Beitrag	EUR	EUR	EUR	EUR
bezahlt bis				

7 Einkommensverhältnisse

7.1 Erwerbseinkommen

	Antragsteller/in		In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä hn l. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte	
Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungspflichtige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erhalten Sie Sachleistungen? (z.B. Essen, Wohnung) Art, Umfang	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verändert sich die Höhe Ihres mtl. Einkommens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Grund				
Pfändungen/Abtretungen in Höhe von	EUR		EUR	
Grund				
Berufsbedingte Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten, Beiträge zu Berufsverbänden)	EUR		EUR	



	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheäuhl. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
Bei Benutzung eines Kfz einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte angeben	km	km

7.2 Renteneinkommen/Pensionen (aus Ansprüchen im In- und Ausland)

Renten-/Pensionsberechtigter	Art der Rente/Pension	Rentenzeichen	Betrag

7.3 Sonstiges Einkommen

	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheäuhl. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ EUR
Kindergeldnummer
Leistungen der Agentur für Arbeit/ des Jobcenters	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I wö. EUR <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II mtl. EUR <input type="checkbox"/> Sozialgeld mtl. EUR <input type="checkbox"/> Sonstige Leistung EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I wö. EUR <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II mtl. EUR <input type="checkbox"/> Sozialgeld mtl. EUR <input type="checkbox"/> Sonstige Leistung EUR
seit
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Krankengeld EUR <input type="checkbox"/> KH-Tagegeld EUR <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Krankengeld EUR <input type="checkbox"/> KH-Tagegeld EUR <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld EUR
seit
Wohngeld/ Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mtl. _____ EUR beantragt am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mtl. _____ EUR beantragt am:
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beihilfestelle:		



	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte/eheä. oder eingetragene/r Lebenspartner/in/-gefährte
Hilfen zur Schul- und Berufsausbildung (z.B. BAföG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR
Unterhalt Für Urteil vom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR
Mieteinnahmen/Pacht (auch aus ausländischen Immobilienvermögen und Untervermietungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR
Einnahmen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen, Dividende)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR
Zuwendungen früherer Arbeitgeber (z.B. Betriebsrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR
Anspruch aus land- u. forstwirtschaftl. Vermögen (Name, Anschrift des Verpfl.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR
Ansprüche aus sonstigen Verträgen (z.B. Wohnrecht, Wartung u. Pflege) Nießbrauch, Altenteil	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR
Steuerrückerstattungen (z.B. Lohnsteuer)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR (bitte Steuerbescheid in Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR (bitte Steuerbescheid in Kopie beilegen)
Andere Einkünfte, z.B. Schadensersatzansprüche, BV-Rente, LAG, Riester, Rürup Art:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____EUR



8. Vermögen (im In- und Ausland)

8.1 Grundvermögen ja nein
(bitte aktuellen Grundbuchauszug vorlegen)

Art des Grundstücks	Eigentümer des Grundstücks	Fläche	Markung, Flurstücknummer	geschätzter Verkehrswert
<input type="checkbox"/> land- und forstwirtschaftlich genutzt <input type="checkbox"/> selbst bewirtschaftet <input type="checkbox"/> verpachtet <input type="checkbox"/> Sonstiges, unbebaut <input type="checkbox"/> Bauland/Bauerwartungsland				
Bebaute Grundstücke (Gebäude) Art, Lage (Ort, Straße, Hausnummer), soweit möglich Fotos				

8.2 Kapitalvermögen

8.2.1 Bargeld, Sparguthaben, Forderungen, Girokonten, Bausparguthaben

Inhaber	Bank	IBAN	BIC	Kontostand

8.2.2 Lebens-/Sterbegeldversicherungen/vermögensbildende Versicherungen

Inhaber	Versicherer	Vertragsdauer von/bis	Vertragssumme	Rückkaufswert



8.2.3 Wertpapiere, Aktien, Sparbriefe, Bundesschatzbriefe, Geschäftsanteile, Geschäftsguthaben, Genossenschaftsanteile etc.

Inhaber	Bezeichnung	Stückzahl	Nennwert (je Stück)	Derzeitiger Kurswert

8.2.4 Ansprüche gegen Dritte (z.B. Hypotheken, Erbansprüche, Darlehen, Lastenausgleich)

Anspruchsinhaber	Art des Anspruchs	Schuldner	Betrag

8.3 Sonstiges Vermögen

8.3.1 Kraftfahrzeuge

Eigentümer	Marke und Typ	Baujahr	Kennzeichen	Verkehrswert	Kilometerstand

8.3.2 Wertgegenstände (ohne gewöhnlichen Hausrat) / Sonstiges

Eigentümer	Art	Stückzahl	Verkehrswert



8.4 Schulden

Schuldner	Gläubiger	Grund der Schuldenaufnahme	Derzeitiger Stand

8.5 Früheres Vermögen

insbesondere Liegenschaftsvermögen, das in den letzten 10 Jahren an Kinder oder Andere verschenkt oder übergeben wurde

Beschenker	Anschrift	Tag der Übergabe	Art, Größe	Wert

Bankverbindung

Die Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN	BIC
D E	
Bank	Kontoinhaber/-in

Heilbronn,

Unterschrift Antragsteller/in
gesetzl. Vertreter/Bevollmächtigter

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in/-gefährte