

Wiederholungsantrag auf Erbringung von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII



Bitte füllen Sie jede Position des Antrages **vollständig** aus.

Nicht zutreffende Angaben bitte **durchstreichen oder nein ankreuzen**.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen mitzuwirken.

Als Folge fehlender Mitwirkung können die Leistungen versagt oder entzogen werden.

1. Angaben zur antragstellenden Person (Antragsteller/in) und zur Partnerin bzw. Partner (Ehegatte, Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in)

	Antragsteller/in	Partner/in
Familienname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, -ort		
Adresse / PLZ Wohnort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Vormund / Betreuer Anschrift, Telefonnummer E-Mail		

2. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

	Antragsteller/in	Partner/in
Name und Anschrift der Krankenkasse		
Angaben der monatlichen Beitragshöhe	€	€

3. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt

Leben weitere Personen im Haushalt?		<input type="checkbox"/> nein	
Anzahl Personen: _____ Personen		<input type="checkbox"/> ja (bitte unten ausfüllen)	
1. Person	Vollständiger Name:	Steueridentifikationsnummer:	Geburtsdatum:
2. Person	Vollständiger Name:	Steueridentifikationsnummer:	Geburtsdatum:
3. Person	Vollständiger Name:	Steueridentifikationsnummer:	Geburtsdatum:
4. Person	Vollständiger Name:	Steueridentifikationsnummer:	Geburtsdatum:

4. Angaben zu Kindern, Adoptivkindern, Elternteilen, getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten sowie Partnern (ggf. Beiblatt verwenden)

Haben sich bei den Personen wesentliche Änderungen auf über 100.000 € Bruttojahreseinkommen ergeben?		<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja (bitte unten ausfüllen)	
1. Person	Vollständiger Name:	Verhältnis zum Antragsteller:	Geburtsdatum:
2. Person	Vollständiger Name:	Verhältnis zum Antragsteller:	Geburtsdatum

5. Angaben zu Auslandsaufenthalten

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten im Ausland aufgehalten?	Antragsteller/in	Partner/in
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____

6. Angaben zum Einkommen

Erwerbseinkommen aus dem In- und Ausland (mit geeigneten Nachweisen belegen):			
Einkommensart		Antragsteller/in	Partner/in
aus nichtselbstständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	monatlich _____ €	monatlich _____ €
Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	monatlich _____ €	monatlich _____ €
Renteneinkünfte wie z.B. Altersrenten, Betriebsrenten, Zusatzrenten, Riester-Renten, Unfallrenten, Witwenrenten, Waisenrenten, Erwerbsminderungsrenten sowie ausländische Renten (mit geeigneten Nachweisen belegen):			
Rentenart		Antragsteller/in	Partner/in
Rentenart:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	monatlich _____ €	monatlich _____ €
Rentenart:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	monatlich _____ €	monatlich _____ €
Sonstige Einkünfte aus dem In- und Ausland (mit geeigneten Nachweisen belegen):			
Einkommensart		Antragsteller/in	Partner/in
Guthaben / Erstattungen aus Nebenkostenabrechnungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	einmalig _____ €	einmalig _____ €
Sonstige Einkünfte:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	monatlich _____ €	monatlich _____ €

7. Angaben zu Vermögensverhältnissen

Vermögenswerte im In- und Ausland (mit geeigneten Nachweisen belegen):			
Vermögensart		Antragsteller/in	Partner/in
Bankguthaben IBAN:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag _____ €	Betrag _____ €
Lebens- und Kapitalversicherung Vertragsnummer:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag _____ €	Betrag _____ €
Kraftfahrzeug, Motorrad, Kleinkraftrad Kilometerstand:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Typ _____ Kennzeichen _____	Typ _____ Kennzeichen _____

8. Angaben zu den Kosten der Unterkunft und Heizung

Kaltmiete in (€)	_____		
Nebenkosten in (€)	_____		
Heizkosten in (€)	<input type="checkbox"/> an den Vermieter	€	<input type="checkbox"/> an das Versorgungsunternehmen
Heizart	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> feste Brennstoffe <input type="checkbox"/> _____		
Warmwasserzubereitung	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Heizöl
Gekocht wird mit:	<input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas		

9. Angaben zur Bankverbindung

IBAN: DE _____
BIC: _____
Meine Hilfezahlung wird auf das vorgenannte Konto überwiesen. Ich ermächtige hiermit das vorgenannte Geldinstitut überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers (Stadt Pirmasens) zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.
Unterschrift Kontoinhaber: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.		
Ort, Datum	Antragssteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in	Partner/in oder gesetzliche/ r Vertreter/in