>> zum Online-Antrag

MKK MAIN-KINZIG-KREIS

Kreisausschuss des
Main-Kinzig-Kreises
Amt für soziale Förderung und Teilhabe
Barbarossastraße 16-24
63571 Gelnhausen

Antrag eingegangen am: _____

Antrag registriert am: _____

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)

☐ Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt

☐ in besonderen Wohnformen (ehemalige stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe)

☐ Hilfe zur Pflege ☐ ambulant (zu Hause) ☐ stationär (in einer Einrichtung)

☐ Krankenhilfe

☐ Einmalige Beihilfe für: _____

☐ Andere: _____

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Streichen oder offene Fragen führen zur verzögerten Antragsbearbeitung.

I. Allgemeines

Angaben zur Person	der/ des Hilfesuchenden	des Ehegatten oder des/der Lebenspartner/-in (auch wenn getrennt lebend, geschieden oder verstorben)
Familienname:		
Geburtsname:		
Vorname(n):		
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich	☐ weiblich ☐ männlich
Geburtsdatum und-ort:		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl, Wohnort:		
Telefonnummer, auch mobil, ggf. Fax und E- Mail:		

MKK MAIN-KINZIG-KREIS

Bankverbindung:	Name des Kontoinhabers: _____ IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ BIC: _____ Pfändungsgeschütztes Konto? ☐ Ja ☐ Nein	
Familienstand:	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet seit: _____ ☐ geschieden seit: _____ ☐ getrennt-lebend seit: _____	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet seit: _____ ☐ geschieden seit: _____ ☐ getrennt-lebend seit: _____
Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt? Unterlagen / Gerichtliche Urteile / Unterhaltsregelungen bitte in Kopie beifügen.	☐ Nein ☐ Ja Name und Anschrift: _____ _____	☐ Nein ☐ Ja Name und Anschrift: _____ _____
Staatsangehörigkeit: Pass-oder Ausweiskopie bitte in Kopie beifügen.	☐ deutsch ☐ sonstige: _____	☐ deutsch ☐ sonstige: _____
Art der Aufenthaltsgenehmigung z.B. Duldung, Aufenthalts-befugnis Aufenthaltserlaubnis bitte in Kopie beifügen	_____ _____	_____ _____
Aufenthaltsgenehmigung:	bis: _____	bis: _____
Liegt eine Verpflichtungs-erklärung für den Aufenthalt vor?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Schwerbehinderung: Ausweis oder Bescheid bitte in Kopie beifügen.	☐ Ja ☐ Nein Grad der Behinderung: ____ Merkzeichen: _____	☐ Ja ☐ Nein Grad der Behinderung: ____ Merkzeichen: _____

Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwendigen Ernährung? (Bitte Nachweise beifügen)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Liegt eine Betreuung oder Vollmacht vor? Beschluss und Ausweis oder Vollmacht bitte beifügen.	☐ Ja ☐ Nein Name: _____ Telefonnr.: _____	☐ Ja ☐ Nein Name: _____ Telefonnr.: _____
Besuchen Sie eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung? Vertrag bitte beifügen.	☐ Ja ☐ Nein ☐ im Eingangsbereich ☐ im Berufsbildungsbereich ☐ im Arbeitsbereich ☐ im Außenbereich ☐ Tagesförderstätte	☐ Ja ☐ Nein ☐ im Eingangsbereich ☐ im Berufsbildungsbereich ☐ im Arbeitsbereich ☐ im Außenbereich ☐ Tagesförderstätte
Wo haben Sie zuletzt gearbeitet?	von:_____ bis:_____ Arbeitgeber: _____ Art der Tätigkeit: _____ Wer hat gekündigt? _____	von:_____ bis:_____ Arbeitgeber: _____ Art der Tätigkeit: _____ Wer hat gekündigt? _____
Waren Sie im Ausland berufstätig?	☐ Ja Land: _____ ☐ Nein	☐ Ja Land: _____ ☐ nein

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Kindern:
(ggf. anstelle des Wohnortes das Sterbedatum eintragen)

Name, Vorname	Kind von?	Geb. Datum	Adresse	Ausgeübte Tätigkeit

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Eltern:
(ggf. anstelle des Wohnortes das Sterbedatum eintragen)

Name, Vorname	Eltern von?	Geb. Datum	Adresse	Ausgeübte Tätigkeit

MKK MAIN-KINZIG-KREIS

II. Sozialversicherung

In welcher Form und wo sind Sie krankenversichert/ pflegeversichert? Bitte reichen Sie die Mitgliedsbescheinigung und den aktuellen Beitragsbescheid sowie eine Kopie der Krankenversicherungskarte ein. Wenn Sie Leistungen der Pflegekasse erhalten, bitte den Bescheid in Kopie beifügen.			
Hilfesuchende/r:	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? ☐ Nein ☐ Ja, Höhe: _____
Ehegatte / Lebenspartner / Lebenspartnerin:	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? ☐ Nein ☐ Ja, Höhe: _____
Kind: ☐ Name: _____	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? ☐ Nein ☐ Ja, Höhe _____
Kind: ☐ Name: _____	Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ nicht versichert	Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? ☐ Nein ☐ Ja, Höhe _____

Wo sind Sie rentenversichert? Bitte fügen Sie den aktuellen Versicherungsverlauf bei.		
	Hilfesuchende/r:	Ehegatte / Lebenspartner/-in:
Rentenversicherungs-nummer:	_____	_____
Rentenversicherungsträger: z. B: DRV Bund bzw. Hessen; Ausländische Renten Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.	_____	
Steuer-Identifikationsnummer:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Erhalten Sie einen Grundrentenzuschlag? (Bitte vollständigen Rentenbescheid mit Anlagen beifügen)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

MKK MAIN-KINZIG-KREIS

III. Wohnverhältnisse

Wohnen Sie mietfrei?	☐ Ja bei:_____
	☐ Nein
Wohnen Sie zur Miete?	☐ Ja (Mietvertrag, Mieterhöhungsschreiben bitte beifügen)
	☐ Besondere Wohnform (siehe Zusatzblatt)
Beziehen Sie Wohngeld?	☐ Nein ☐ Untermiete
	☐ Ja (Wohngeldbescheid bitte beifügen)
	☐ Nein
Wohnungsgröße: Bitte reichen Sie den Mietvertrag mit ein.	Zimmer:_____ Grundmiete:_____€
	Betriebskosten:_____€ Heizkosten:_____€
	Größe:_____m² ☐ Garage/Stellplatz vorhanden
Art der Beheizung: Bitte legen Sie die letzte Betriebs- und Heizkostenrechnung bei.	☐ Zentralheizung
	☐ Eigene Heizung mit:
	☐ Kohle ☐ Öl ☐ Gas ☐ Fernwärme ☐ Strom
	☐ Sonstiges:_____
Bewohnen Sie ein Eigenheim? Bitte den Grundbuchauszug, Darlehensvertrag und Abgabenbescheide in Kopie einreichen.	☐ Ja ☐ Nein
	☐ Hauslasten/Abgaben _____€ monatlich/jährlich
	☐ Zins: _____€ ☐ Tilgung: _____€
Beziehen Sie Lastenzuschuss?	☐ Ja (Bitte legen Sie den letzten Bescheid bei)
	☐ Nein
Wie viele Personen leben **insgesamt** in Ihrer Wohnung?	_____ Personen

Bitte tragen Sie alle Personen ein, die mit Ihnen in der Wohnung leben.

Name, Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort	Familienstand	Staatsangehörigkeit

	Hilfesuchende/r:	Ehegatte / Lebenspartner/-in:
Erhalten Sie Fachleistungs-stunden durch den überörtlichen Sozialhilfeträger? Wenn ja, bitte den Bescheid beifügen.	☐ Nein ☐ Ja, bis:_____ Letzter Wohnort vor der Aufnahme in das betreute Wohnen: _____ _____	☐ Nein ☐ Ja, bis:_____ Letzter Wohnort vor der Aufnahme in das betreute Wohnen: _____ _____
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist dies geplant? Bitte den Zusatzfragebogen (Anlage 4) ausfüllen. Wo haben Sie vor der Heimaufnahme gewohnt?	☐ Nein ☐ Ja, seit/ab:_____ bis: _____ _____ _____	☐ Nein ☐ Ja, seit/ab:_____ bis: _____ _____ _____
Möchten Sie Pflege zu Hause in Anspruch nehmen?	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

IV. Einkommen

Bitte nennen Sie jegliche Einkunftsarten aller im Haushalt lebenden Personen -auch die beantragten oder ausstehenden- und fügen Sie Nachweise bei (z.B. Lohnabrechnungen oder Bescheide).

Beispiele für Einkommensarten: Gehalt, Lohn, Kindergeld, Arbeitslosengeld I, Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II, Unterhalt, Unterhaltsvorschuss, Rente, ausländische Renten, Nachentrichtungsrenten, Betriebsrente, Krankengeld, Pflegegeld, etc.

	Hilfesuchende/r	Ehegatte/ Lebenspartner/-in	Haushaltsangehörige
Art des Einkommens			
Betrag monatlich/jährlich			
Art des Einkommens			
Betrag monatlich/jährlich			
Art des Einkommens			
Betrag monatlich/jährlich			

	Hilfesuchende/r	Ehegatte/ Lebenspartner/-in	Haushaltsangehörige
Folgende Einkommen wurden beantragt:	_____ _____	_____ _____	_____ _____
	☐ kein Einkommen vorhanden	☐ kein Einkommen vorhanden	☐ kein Einkommen vorhanden

Für welche Versicherungen zahlen Sie Beiträge? Fügen Sie bitte Policen und Beitragsberechnungen bei.		
	Versicherungsunternehmen	Beitrag jährlich / monatlich?
Hausratversicherung?		€
Haftpflichtversicherung?		€
Sonstige Versicherungen? Art der Versicherung:		€

V. Vermögen

Bitte alle Fragen beantworten. Streichen oder offene Fragen erfordern die Rücksendung des Antrages. Fügen Sie bitte Nachweise wie Kontoauszüge der letzten 6 Monate, Policen, Verträge und aktuelle Rückkaufswerte bei.		
	Hilfesuchende/r	Ehegatte / Lebenspartner/in
Bargeld	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Girokonto	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Sparguthaben	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Online-Konten (z.B. PayPal)	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Schließfach vorhanden?	☐ Nein; ☐ Ja	☐ Nein; ☐ Ja
Aktien/Wertpapiere	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Lebensversicherung	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Sterbegeldversicherung	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Bestattungsvorsorge	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Bausparvertrag	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Private Altersvorsorge	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €
Sonstiges Vermögen im In- und Ausland	☐ Nein; ☐ Ja _____ €	☐ Nein; ☐ Ja _____ €

Sind Sie Eigentümer/in eines Kraftfahrzeuges? Kilometerstand: Bitte fügen Sie eine Kopie des Kfz-Scheines bei.	☐ Nein ☐ Ja _____ km	☐ Nein ☐ Ja _____ km
Ist Haus- und / oder Grundbesitz im In- oder Ausland vorhanden? Bitte fügen Sie aussagekräftige Nachweise zum Wert und der Beschaffenheit sowie Grundbuchauszug bei.	☐ Nein ☐ Ja Wo und was? _____ _____	☐ Nein ☐ Ja Wo und was? _____ _____
Wurde Grundbesitz und / oder sonstiges Vermögen veräußert, überlassen oder verschenkt? Bitte Nachweis beifügen.	☐ Nein ☐ Ja am: _____ an: _____ Art: _____ Höhe: _____€	☐ Nein ☐ Ja am: _____ an: _____ Art: _____ Höhe: _____€
Erbschaftsansprüche gegen: Bitte Nachweis beifügen.	☐ Nein ☐ Ja _____	☐ Nein ☐ Ja _____
sonstiges Vermögen z.B. Maschinen, Schmuck, Wertgegenstände	☐ Nein ☐ Ja, im Wert von _____€	☐ Nein ☐ Ja, im Wert von _____€
Haben Sie Schadenersatzansprüche? Bitte Nachweis beifügen.	☐ Nein ☐ Ja _____ € Gegen: _____	☐ Nein ☐ Ja _____ € Gegen: _____
Sind Sie beihilfeberechtigt? Bitte Nachweis beifügen.	☐ Nein ☐ Ja _____ € Bei: _____	☐ Nein ☐ Ja _____ € Bei: _____
Gibt es sonstige Rechte aus Verträgen, welche Sie zusätzlich absichern? (z. B. Erklärungen, Bürgschaften, Zusicherungen) Bitte Nachweis beifügen.	☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____ _____	☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____ _____

VI. Ausführliche Begründung des Antrages

Wie haben Sie bisher Ihren Lebensunterhalt/ Ihre Versorgung sichergestellt?
Was hat sich verändert?
Wie begründen Sie Ihren Antrag?
Haben Sie daran gedacht? Im Antragsformular wurden Sie gebeten, Nachweise vor zu legen. Das waren neben Kontoauszügen, Versicherungen und Policen auch der Mietvertrag, Mieterhöhungsschreiben sowie Nebenkostenabrechnungen, Einkommensnachweise, Rentenbescheide, Aufenthaltsrechte, Schwerbehindertennachweise etc. Sollten Sie Hilfe zur Pflege in Einrichtungen beantragen, haben Sie die zusätzlichen Fragen (Formulare) beachtet? Schauen Sie doch noch einmal nach. Die Bearbeitungszeit Ihres Antrages können Sie damit erheblich verkürzen.

Ich/ Wir versichere/n, dass meine/ unsere vorstehenden Angaben wahr sind.

Auf die Notwendigkeit, alle leistungserheblichen Tatsachen anzugeben [§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)] und auf die Erstattungspflicht für zu Unrecht erlangte Hilfe wurde/n ich/ wir hingewiesen. Mir/ uns ist bekannt, dass ich/ wir jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Kur usw., auch von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für soziale Förderung und Teilhabe mitteilen muss/ müssen. Die Aufnahme jeder Arbeit werde/n ich/ wir vor Beginn der Tätigkeit ebenfalls anzeigen. Mir/ Uns ist ferner bekannt, dass meine/ unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. Unterhaltsverpflichtete) im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können. Im Falle einer vorschussweisen Hilfegewährung bin/ sind ich/ wir auf die Rückerstattungspflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausdrücklich hingewiesen worden. Mir/ Uns ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben, die zu einer unberechtigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können. Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass meine/ unsere vorstehend erfassten personenbezogenen Daten in automatisierter Datenverarbeitung gespeichert werden. Ich/wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten zur Prüfung eines ggf. alternativ bestehenden Anspruchs nach dem Sozialgesetzbuch II, eines Wohngeldanspruchs oder eines Anspruchs auf Kinderzuschlages an die jeweils zuständige Behörde einverstanden.

Folgende Unterlagen reiche ich bis zum _____ unaufgefordert nach:

☐ _____

☐ _____

Unterschriften:

_____ _____

Ort, Datum Ort, Datum

_____ _____

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in

weitere Antragsteller/innen

Ergänzende Angaben der antragsentgegennehmenden Stelle:

Der/die Antragsteller/in sind polizeilich, wie im Antrag angegeben, gemeldet:	☐ Ja, mit Erstwohnsitz ☐ Ja, mit Zweitwohnsitz ☐ Nein	Weitere Informationen:

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Stempel