

<b>Stadt</b> – Sozialamt –	<b>Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen</b>	Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes: Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff des Sozialgesetzbuches, Erstes Buch, Allgemeiner Teil (SGB) erhoben	<b>Datum</b>
-------------------------------	---	--	--------------

**Übernahme von Bestattungskosten gem. § 74 SGB XII**

<b>Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen</b>	<b>PZ1</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <b>Hilfesuchender (HS)</b>	<b>PZ2</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> <b>Vater</b> <input type="checkbox"/> <b>Ehegatte</b> bei unverh.            nicht getrennt Minderjährigen lebend	<b>PZ3 Personenziffer</b> <b>Mutter</b> bei unverheirateten Minderjährigen
---	--	--	---

Familienname			
--------------	--	--	--

Vorname			
---------	--	--	--

Geb.-Name, evtl. Name aus früheren Ehen			
---	--	--	--

Straße u. Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon			
---------------------------------------	--	--	--

Geb.-Datum, Geb.-Ort/ -kreis		Todestag:	Todestag:
------------------------------	--	-----------	-----------

Familienstand	seit:	seit:	seit:
---------------	-------	-------	-------

Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r
----------------------	---	---	---

Staatsangehörigkeit (bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status)			
--	--	--	--

ausgeübte Tätigkeit Falls arbeitslos, seit wann?			
--	--	--	--

Schwerbehindertenausweis/ Bescheid des Versorgungsamtes	Datum    Merkzeichen    Grad d. Behinderung %	Datum    Merkzeichen    Grad d. Behinderung %	Datum    Merkzeichen    Grad d. Behinderung %
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>01 Einkommen</b> <b>Schlüsselzahlen:</b> 1.1 = Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen) 1.2 = Krankengeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss) 2 = Land- und Forstwirtschaft 3 = Gewerbebetrieb 4 = sonst. selbständige Tätigkeit 5 = Kapitalvermögen 6 = Vermietung / Verpachtung (s. Rentabilitätsberechnung)	<b>Renten:</b> 7.1 = Berufsunfähigkeitsrente 7.2 = Erwerbsunfähigkeitsrente 7.3 = Altersruhegeld 7.4 = Unfallrente 7.5 = landwirtschaftliches Altersgeld 7.6 = Witwenrente 7.7 = Waisenrente 7.8 = Kinderzuschuss/-zulage zu 7.1-7.4 7.9 = Pflegegeld zu 7.4 8 = Werksrente 9.1 = sonstige Renten u. Pensionen ohne Kinderzuschuss/-zulage 9.2 = Kindererziehungsleistung	<b>Leistungen nach dem BVG</b> 10.1 = Grundrente 10.2 = Sonstige (ggf. erläutern) <b>Leistungen nach dem LAG</b> 11.1 = Unterhaltshilfe 11.2 = Pflegegeld 11.3 = Entschädigungsrente <b>Leistungen nach dem AFG</b> 12.1 = Arbeitslosengeld 12.3 = Eingliederungshilfe	13.1 = Kindergeld 13.2 = Kinderzuschlag 14 = Unterhaltsleistungen nach UVG 15 = Ausbildungs-/Erziehungsbeihilfen 16 = Ausbildungsförderung 17 = Unterhaltsbeiträge 18 = Landesblindengeld/hilfe für hochgradig Seh-schwache 19 = sonstige Einkünfte
---	---	---	--

<b>Zutreffende Schlüsselzahl vor dem Einkommensbetrag schreiben!!!</b>	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

<b>Arbeitgeber bzw. zahlende Stelle (z.B. Krankenkasse)</b>			
---	--	--	--

Im lfd. Leistungsbezug SGB XII <input type="checkbox"/> / SGB II <input type="checkbox"/>	Im lfd. Leistungsbezug SGB XII <input type="checkbox"/> / SGB II <input type="checkbox"/>	Im lfd. Leistungsbezug SGB XII <input type="checkbox"/> / SGB II <input type="checkbox"/>	
--	--	--	--

**WEITERE PERSONEN IN DER HAUSHALTSGEMEINSCHAFT**

Persönliche Verhältnisse	PZ4	m	w	PZ5	m	w	PZ6	m	w
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienname									
Vorname									
Geb.-Name, evtl. Name aus früheren Ehen									
Geburtsdatum, Geburtsort und -kreis									
Familienstand	seit:			seit:			seit:		
Persönl. Stellung zum HS									
Staatsangehörigkeit (aufenth.-rechtl. Status)									
Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit falls arbeitslos, seit wann?									
	Im lfd. Leistungsbezug SGB XII <input type="checkbox"/> / SGB II <input type="checkbox"/>			Im lfd. Leistungsbezug SGB XII <input type="checkbox"/> / SGB II <input type="checkbox"/>			Im lfd. Leistungsbezug SGB XII <input type="checkbox"/> / SGB II <input type="checkbox"/>		

**01 EINKOMMEN**

Zutreffende Schlüsselzahl vor dem Einkommensbetrag schreiben!!!		€		€		€
		€		€		€
		€		€		€
Arbeitgeber bzw. zahlende Stelle (z.B. Krankenkasse)						
Renten- bzw. Aktenzeichen und Schlüsselzahl						

**02 Vom Einkommen evtl. absetzbare Beiträge nach § 82 SGB XII**

PZ	Schl.	Betrag in €	PZ	Schl.	Betrag in €	Schlüsselzahlen (Schl.)
						<b>Beiträge für freiw. Versicherungen</b> 20.1 = Hausratversicherung 20.2 = Krankenversicherung 20.3 = Rentenversicherung 20.4 = Unfallversicherung 20.5 = Sterbeversicherung 20.6 = Lebensversicherung 20.7 = Haftpflichtversicherung 21 = Pkw-Haftpflichtversich. 22 = Aufwendungen für Arbeitsmittel 23 = Beiträge f. Berufsverbände 24 = Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung <b>Fahrtkosten zur Arbeitsstätte</b> (soweit nicht erstattet) 25.1 = öffentl. Verkehrsmittel 25.2 = Pkw 25.3 = Kleinst-Pkw 25.4 = Motorrad 25.5 = Mofa 26 = Sonstiges
PZ	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Sch. 25.2 und 25.3 (Entfernung zw. Wohnung u. Arbeitsstätte)					

**03 BARGELD, GUTHABEN (z.B. SPAR- UND GIROKONTEN) UND SONSTIGES VERMÖGEN (NACH § 90 SGB XII)**

Kein Vermögen:	PZ	PZ	PZ	PZ	PZ	PZ	≥ Hier sind die Personenziffern (PZ) der Personen einzutragen, bei denen kein Bargeld, Guthaben o. sonst. Vermögen vorhanden ist. Nachfolgend bitte die Angabe der Personen eintragen, die Vermögen haben, und zwar bezogen auf jede einzelne Person
PZ	Schl.	Art und Wert				Schlüsselzahlen (Schl.)	
						30 = Bargeld	35 = Hauseigentum
						31 = Bank-/Sparguthaben	36 = Sonstiger Grundbesitz
						32 = Wertpapiere	37 = Sonstiges Vermögen
						33 = Forderungen	
						34 = Lebensversicherung/ Kapitalversicherung	
<b>Übertragung von Vermögen: Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Verhandlung aufnehmen)							

**04 KOSTEN DER UNTERKUNFT (BEI HAUS-/WOHNUNGSEIGENTUM SIEHE HAUSLASTENBERECHNUNG)**

<b>Kaltmiete in €</b>	<b>Nebenkosten in €</b> (soweit nicht in der Miete enthalten) ≥ z. B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung !! <b>Nachweise vorlegen !!</b>		<b>Unterkunftskosten</b> monatlich €
<b>Heizungsart</b> <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	<b>Energieart</b> <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme		<b>Darin Kochfeuerung enthalten?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Heizungspauschale</b> (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) €/mtl.		<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne <b>Warmwasserbereitung</b>	<b>Wohngeld</b> bewilligt bis €
<b>Wohnungsgröße gesamt</b> qm	<b>Anzahl d. Räume</b>	<b>davon untervermietet:</b> leer: _____ Räume / möbliert: _____ Räume	<b>Härteausgleich</b> bewilligt bis €
<b>Vermieter</b> (Name und Anschrift) <span style="float: right;">siehe Vermieterbescheinigung <input type="checkbox"/></span>			<b>monatlich</b> €
			<b>Einnahmen aus Untervermietung</b> €

**05 AUFENTHALT IN ANSTALTEN, HEIMEN ODER GLEICHARTIGEN EINRICHTUNGEN**

<b>Name und Anschrift der Einrichtung</b>	<b>Heimpflegekosten</b> _____/tägl. / _____/mtl.
---	---

**06 ANSPRÜCHE (SOWEIT SIE NICHT BEREITS ALS EINKOMMEN UNTER ZIFFER 01 ENTHALTEN SIND)**

**Schlüsselzahlen (Schl.)**

60 = Rentenversicherung	<b>nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)</b>	66 = Lebens- u. Sterbeversicherung
61 = Krankenversicherung	64 = Kriegsbeschädigung (vgl. auch Ziff. 11)	67 = sonstige Ansprüche
<b>nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG)</b>	65 = sonst. Berechtigung (z. B. Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten)	z.B.:LAG-Leistungen, Entschädigungsrente (BEG) Häftlingshilfe, Beihilfenanspruch, Lohnforderung, Unterhaltssicherung, Kindergeld/-zuschlag, Erbansprüche, Schadensersatzansprüche, Versorgungsausgleich, Bafög, vertragl. Anspruch, Unterhaltsvorschussleistungen
62 = Arbeitslosengeld/-hilfe		
63 = sonstiger Anspruch		

PZ	Schl.	Versicherungs- o. Leistungsträger usw. (genaue Anschrift), Renten- o. Aktenzeichen	Bemerkungen (z.B. Art des Anspruchs, Versicherungssumme, Fälligkeitstag)	Leistung beantragt am

PZ	Antrag Schl.	abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage: Datum, Geschäftszeichen	PZ	Antrag Schl.	abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage: Datum, Geschäftszeichen

**07 ANGEHÖRIGE DES HILFESUCHENDEN AUSSERHALB DER HAUSHALTSGEMEINSCHAFT**

(KINDER – AUCH AUS FRÜHEREN EHEN –, NICHT EHELICHE KINDER, ADOPTIVKINDER, ELTERN, GESCHIEDENE O. GETRENNT LEBENDE EHEGATTEN)

	Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum HS	Familienstand	Zahl d. minderj. Kinder	z.Z. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1							
2							
3							
4							
5							
<b>Besteht ein Unterhaltstitel?</b>	<b>zu Zeile</b>	<b>Aktenzeichen</b>			<b>zu Zeile</b>	<b>Aktenzeichen</b>	

**08 Angaben zum Verstorbenen**

Verstorbener:	
Hat die / der Verstorbene ein Testament hinterlassen? Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> / nicht bekannt <input type="checkbox"/>	

**09 Auszahlung der Leistungen**

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:	
<input type="checkbox"/> an das Bestattungsunternehmen (bitte Rechnung vorlegen) _____	
<input type="checkbox"/> Bestattungsgebühren an das Friedhofsamt (bitte Gebührenbescheid vorlegen) _____	
<input type="checkbox"/> auf mein Konto-Nr.: _____	BLZ: _____
bei der Bank / Kreditinstitut: _____	

**Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfgewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 05. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.**

**Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muß.**

**Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- u. Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit, z. B. Krankenhausaufenthalte), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 68 SGB I).**

Aufgenommen durch:

\_\_\_\_\_  
Antragsteller o. dessen ges. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Ehepartner