

**Erklärung über vorhandenes Einkommen des Hilfesuchenden
bzw. der gesamten Haushaltsgemeinschaft**

Zum Antrag vom:

| | |
|-------------------|--|
| Name: | |
| Anschrift: | |

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | Ja | Nein | mtl. Betrag |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| 01. Erzielen Sie Erwerbseinkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 02. Erzielen Sie Einkommen aus selbständiger Tätigkeit? (Gewerbebetrieb, Land- u. Forstwirtschaft, sonstige selbständige oder freiberufliche Tätigkeit) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 03. Erzielen Sie Einkommen aus Kapitalvermögen (z. B. Zinserträge) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 04. Erzielen Sie Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 05. Erhalten Sie Kranken- oder Übergangsgeld? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 06. Erhalten Sie sonstige Leistungen der Krankenkasse (einschl. AG-Zuschuss)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 07. Erhalten Sie Alters-, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs-, Berufsunfähigkeits-, Witwen-, Waisen-, Unfall, Grund- Werks- oder Zusatzrente bzw. sonstige Renten oder Pensionen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 08. Erhalten Sie <u>ausländische</u> Alters-, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs-, Berufsunfähigkeits-, Witwen-, Waisen-, Unfall, Werks- oder Zusatzrente bzw. sonstige Renten oder Pensionen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 09. Erhalten Sie Rentenbezüge aus einer freiwilligen Altersvorsorge in Form einer betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Betriebsrentengesetzes (z. B. Direktversicherung, Pensionskasse, Pensionsfonds)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 10. Erhalten Sie Rentenbezüge aus einer freiwilligen Altersvorsorge in Form eines zertifizierten Altersvorsorgevertrags (sog. Riester-Rente)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 11. Erhalten Sie Rentenbezüge aus einer freiwilligen Altersvorsorge in Form eines zertifizierten Basis-Renten-Vertrages (sog. Rürup-Rente)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 12. Erhalten Sie Rentenbezüge aus einer freiwilligen Einzahlung in die gesetzliche Rentenversicherung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 13. Erhalten Sie einen Grundrentenzuschlag? (33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 14. Erhalten Sie landwirtschaftliches Altersgeld, Produktionsaufgaberente, Deputate (Lebensunterhalt in Naturalien) oder sonstige Bezüge aus der Landwirtschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 15. Erhalten Sie Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 16. Erhalten Sie Bürgergeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende) nach dem SGB II? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 17. Erhalten Sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |
| 18. Erhalten Sie Kindergeld oder vergleichbare Leistungen nach dem BKKG? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____€ |

- | | Ja | Nein | mtl. Betrag |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| 19. Erhalten Sie Leistungen der Bundesagentur für Arbeit wie Arbeitslosengeld I, Konkursausfallgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe oder andere Leistungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 20. Erhalten Sie privatrechtliche Unterstützungs- oder Unterhaltsleistungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 21. Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 22. Erhalten Sie Leistungen nach dem BaföG? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 23. Haben Sie Anspruch auf privatrechtliche geldwerte Leistungen z. B. Beköstigung (freie Kost), Taschengeld? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 24. Erhalten Sie Wohngeld? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 25. Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI? z. B. Pflegegeld oder andere Leistungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 26. Erhalten Sie Blindengeld, Leistungen für hochgradig Sehbehinderte oder Gehörlose? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 27. Erhalten Sie Elterngeld nach dem BEEG? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 28. Erhalten Sie Pflegegeld für Pflegekinder nach dem SGB VIII? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 29. Bestehen Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 30. Erhalten Sie Soziale Entschädigung nach dem SGB XIV? Bitte auch beantworten, wenn Sie noch keine der nachstehenden Leistungen erhalten, Sie aber zu einem der folgenden. Personenkreise gehören: z. B. Gewaltopfer/ Terroropfer, Opfer von Kriegsauswirkungen, geschädigte Person durch Ereignisse im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes, geschädigte Person durch Schutzimpfung, Beschädigte/r im Sinne des Bundesgrenzschutzgesetzes, des Häftlingsgesetzes o.ä. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |

Sind Sie Familienmitglied oder Hinterbliebene/r einer Person, die zu einem der vorgenannten Personenkreise gehört bzw. vor ihrem Tod hierzu gehörte oder durch Kriegereignisse gefallen oder verschollen ist? (Als **Familienmitglied** gelten: Ehegatte, Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder, sonstige Angehörige in häuslicher Gemeinschaft, Personen, deren Ausschluss eine offensichtliche Härte bedeuten würde. Als **Hinterbliebene** gelten: Witwe/r, Waisen, Verwandte der aufsteigenden Linie, insbesondere Eltern.)

Nein

Ja Name des Beschädigten/Geschädigten/Gefallenen/Verschollenen:

Geburtsdatum _____ ggf. Todestag _____

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------|
| 31. Erhalten Sie Leistungen nach den Gesetzen zur Bereinigung von SED-Unrecht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 32. Erhalten Sie Leistungen nach § 9 Abs.2 BVFG? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 33. Haben Sie Einkommensteuererstattungen erhalten oder haben Sie noch einen Anspruch darauf? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ € |
| 34. Beziehen Sie sonstiges Einkommen (z.B. Trinkgeld), das vorstehend nicht erwähnt wird? | | | |
| <input type="radio"/> Nein | | | |
| <input type="radio"/> Ja | Art des Einkommens: _____ | | |
| | Höhe: _____ €/Monat | | |

35. Sind eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen beantragt, aber bislang noch nicht bewilligt worden?

Nein

Ja Art der Leistung: _____

Beantragt bei: _____

36. Haben Sie in der Vergangenheit auf Einkommen der o. g. Art oder sonstige Ansprüche verzichtet (z. B. Wohn- oder Verpflegungsrechte aus Übertragungsvertrag o. ä.)?

Nein

Ja

Art: _____, Höhe/Wert: _____

Bitte legen Sie zur Bestätigung Ihrer obigen Angaben vollständige Nachweise vor!

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben - bezogen auf mich **und alle von mir vertretenen Personen** - vollständig und wahrheitsgemäß sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und dass ich zu Unrecht erhaltene Sozialhilfeleistungen zu erstatten habe (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X/ § 103 SGB XII). Sollte ich während des Sozialhilfebezuges Eigentümer von Vermögen, Wertgegenständen oder Versicherungen - wie oben näher beschrieben - werden, so habe ich dies umgehend dem Sozialamt mitzuteilen (§ 60 Sozialgesetzbuch I).

Die Angaben zu der/den andere(n) Person(en) habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin bzw. mir Vollmacht erteilt wurde (bitte um Vorlage der entsprechenden Vollmacht).

Andere Personen haben ihre Angaben durch ihre Unterschrift (unten) bestätigt oder einen eigenen Vordruck ausgefüllt.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| | |
|---------------|--------------|
| Antragsteller | Unterschrift |
|---------------|--------------|

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| | |
|----------------------------|--------------|
| Haushalts- angehörige/r | Unterschrift |
|----------------------------|--------------|

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| | |
|----------------------------|--------------|
| Haushalts- angehörige/r | Unterschrift |
|----------------------------|--------------|

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| | |
|----------------------------|--------------|
| Haushalts- angehörige/r | Unterschrift |
|----------------------------|--------------|