AMT FÜR SOZIALES, WOHNEN
UND INTEGRATION

STADT TROISDORF
Der Bürgermeister

Eingangsdatum:_____ Aktenzeichen: _____

Antrag auf Weiterbewilligung von Grundsicherungsleistungen ab _____

Angaben zu Änderungen beziehen sich jeweils auf die Angaben im letzten Antrag bzw. der letzten Änderungsmitteilung. **Nachweise zu allen Änderungen sind beigefügt.**

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkung:

Die Datenerhebung bei der-/demjenigen, die/der Sozialleistungen beantragt, erfolgt nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Sozialgesetzbuches, (SGB XII), durch die zuständige Stelle i.S. von § 35 des Sozialgesetzbuches - Erstes Buch - (SGB I).
Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I.
Soweit erforderliche Auskünfte nicht erteilt/erforderliche Beweise nicht vorgelegt werden, können Leistungen versagt werden (§ 66 SGB I).

1. Antragstellerin/Antragsteller und Ehegatte/-in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in

	Antragsteller/-in	Ehegatte/in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in
Familienname, Geburtsname, Vorname (Änderung ab)		
Geburtsdatum		
Familienstand (Änderung ab)		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse		
Staatsangehörigkeit, bei nicht deutschen Staatsangehörigen: Aufenthaltsstatus (Änderung ab)		

Bei nicht deutschen Staatsangehörigen mit befristetem aufenthaltsrechtlichem Status: Kopie des Ausweises ist beigefügt!

Anschrift: (Straße,Haus-Nr, PLZ, Ort)	
Betreuer/in: Name und Anschrift, ggf. Telefon-Nr.: (Änderung ab)	

Verfügen Sie über einen Schwerbehindertenausweis mit Eintragung des **Merkzeichens G/aG** oder wurde dieser beantragt?
Bitte einen entsprechenden Nachweis (Vorder- und Rückseite) beifügen.

Antragsteller/-in	Ehegatte/-in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in
☐ ja, Ausweis ist gültig bis:	☐ ja, Ausweis ist gültig bis:
☐ kein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G/aG	☐ kein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G/aG
☐ Sonstiges	☐ Sonstiges

Es wird eine **kostenaufwändige Ernährung** geltend gemacht.

Antragsteller/-in	Ehegatte/-in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in
☐ nein	☐ nein
☐ ja, siehe beiliegende ärztliche Bescheinigung	☐ ja, siehe beiliegende ärztliche Bescheinigung

2. Unterhaltspflichtige

Erzielt **mindestens eines Ihrer Kinder oder ein Elternteil** von Ihnen ein Jahreseinkommen von 100.000 Euro oder mehr?

☐ nein

☐ ja, Familienname, Vorname, vollständige Anschrift :

Unterhaltsansprüche gegenüber geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten/-in oder Partnern/Partnerinnen einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft haben sich **geändert**.

☐ nein

☐ ja (Änderung ab) gegenüber:
Familienname, Vorname, vollständige Anschrift

3. Versicherungen

3.1 Kranken- und Pflegeversicherung

Der Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag beträgt im Monat der Antragsstellung wie folgt:
(bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen)

Antragsteller/-in		Ehegatte/-in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in	
Krankenversicherung:	€	Krankenversicherung:	€
Pflegeversicherung:	€	Pflegeversichung:	€

3.2 Sonstige Versicherungen (z.B. Haftpflicht, Hausrat, Sterbegeldversicherung, usw.):

Es bestehen folgende Versicherungen (falls vorhanden, bitte entsprechende Nachweise beifügen)

Versicherung:	Beitrag:
Versicherung:	Beitrag:
Versicherung:	Beitrag:

4. Einkommen und Vermögen

Ich/wir verfügen über folgendes **Einkommen** (alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert):
(bitte unbedingt Betrag angeben und entsprechende Nachweise beifügen)

Antragsteller/-in	Ehegatte/-in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in
Rente:	Rente:
ausländische Rente:	ausländische Rente:
Werks-/Betriebsrente:	Werks-/Betriebsrente:
Unfallrente:	Unfallrente:
Erwerbstätigkeit:	Erwerbstätigkeit:
sonstige Einkommen:	sonstige Einkommen:

Ich/wir verfügen über folgendes **Vermögen** (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

Antragsteller/-in	Ehegatte/-in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in
Art des Vermögens:	Art des Vermögens:
Höhe des Vermögens:	Höhe des Vermögens:

5. Gewöhnlicher Aufenthalt, Wohnung, Heizung

Mein **gewöhnlicher Aufenthaltsort** hat sich **geändert**.

☐ nein

☐ ja, Änderungen ab

Neue Anschrift:

Die Zahl der in der Wohnung lebenden Personen: _____

(Bei Änderungen bitte erläutern)

Die Kosten der Unterkunft betragen:

Kaltmiete:	Heizkosten:
Nebenkosten:	sonstige Kosten:

6. Vorübergehender Auslandsaufenthalt

Der Auslandsaufenthalt kann Auswirkungen auf Ihre laufenden Leistungen haben.

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten mehr als 4 Wochen im Ausland aufgehalten?

☐ Ja (bitte geeignete Nachweise (z.B. Flugunterlagen, Reisedokumente oder ähnliches) einreichen)

☐ Nein

Beabsichtigen Sie sich in den nächsten 12 Monaten mehr als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufzuhalten?

☐ Ja (bitte geeignete Nachweise (z.B. Flugunterlagen, Reisedokumente oder ähnliches) einreichen)

☐ Nein

Erklärung

Den Weiterbewilligungsantrag auf Grundsicherungsleistungen habe ich wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Person habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde. Ansonsten hat die zweite Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Leistungen nach dem SGB XII erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben der zu vertretenden Personen.

Falsche oder unvollständige Angaben können den Tatbestand des Betruges gemäß § 263 Strafgesetzbuch (StGB) erfüllen.

_____ _____

Datum Unterschrift Antragsteller/-in

_____ _____

Datum Unterschrift Ehegatte/-in / eheähnliche/r Lebenspartner/-in