

Hinweise:
 Um sachgerecht über Ihre weiteren Anspruch auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht auf Seite 4 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!	Leistungsbezieher(in)	2. Person <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) <input type="checkbox"/> Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind
Familiename, auch Geburtsname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Anzahl der Personen im Haushalt (insgesamt)		
Betreuung	Aus GRUNDantrag	

2. Unterhalt <input type="checkbox"/> Keine Änderungen	nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt? Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft? <input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)
Falls ja: Familiename, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners	
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

Keine Änderungen

Kaltmiete (Betrag)	Nebenkosten (Betrag), soweit nicht in der Miete enthalten ← z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung	Bitte Nachweise vorlegen!	Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag)
Wohnungsgröße Gesamt – qm	Anzahl der Räume	Davon untervermietet	leer möbliert Räume Räume
Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)			monatlicher Betrag
Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	Energieart Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/>		Darin Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) (monatlicher Betrag) <input type="checkbox"/> zentrale Warmwasserbereitung <input type="checkbox"/> nein, separate Vorrichtung (Boiler, Durchlauferhitzer) zu zahlen an (auch Kundennummer)			
Mieter der Wohnung		Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichend von Personenzahl auf S. 1)	

3.2 Haus-/Wohnungseigentum

Keine Änderungen

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!
Dazu füllen Sie bitte die Erklärung über Aufwendungen und Einkünfte bei Haus- und Wohneigentum aus!

3.3 Mehrbedarf

Keine Änderungen

	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft? (Schwangerschaftswoche nachweisen!)	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein
Sind sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein	
Erhalten Sie Eingliederungshilfe für wesentlich behinderte Menschen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein

3.4 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Keine Änderungen

Wo sind Sie versichert?	1. Person		2. Person	
	Krankenversicherung	Pflegeversicherung	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Höhe des mtl. Beitrages				
Besteht eine Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Höhe des mtl. Beitrages				

5. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

(z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

Keine Änderungen

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.

Art:	1. Person		2. Person	
		Höhe		Höhe
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Witwenrente bzw. Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Werks- / Zusatz-/Privatrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Auslandsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Mieteinnahmen / Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für hochgradig Sehbehinderte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Blindengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gehörlosenhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonder- / Weihnachtswendung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Steuererstattung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte Nachweise beifügen!)

Keine Änderungen

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Weitere Versicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

5. Sonstige Leistungen

5.1 Pflegeleistungen

- Ich erhalte keine Leistungen von meiner Pflegekasse
 Ich erhalte von meiner Pflegekasse folgende Leistungen

<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag (125,00 €)			
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (316,00 €)	<input type="checkbox"/> als Pflegesachleistungen (Kostenübernahme für Pflegedienst: max. 689,- €)	<input type="checkbox"/> Kombination von Geld- und Sachleistung	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (545,00 €)	<input type="checkbox"/> als Pflegesachleistungen (Kostenübernahme für Pflegedienst max. 1.298,- €)	<input type="checkbox"/> Kombination von Geld- und Sachleistung	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (728,00 €)	<input type="checkbox"/> als Pflegesachleistungen (Kostenübernahme für Pflegedienst max. 1.612,- €)	<input type="checkbox"/> Kombination von Geld- und Sachleistung	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (901,00 €)	<input type="checkbox"/> als Pflegesachleistungen (Kostenübernahme für Pflegedienst max. 1.995,- €)	<input type="checkbox"/> Kombination von Geld- und Sachleistung	

5.2 Ich erhalte **Fachleistungsstunden** im Rahmen des Betreuten Wohnens

- nein
 ja vom Kreis Borken vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe

6. Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei!)

Keine Änderungen

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag, Geldmarktkonto usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflegeheim)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sterbeversicherung Anzahl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert in €
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Vorsorgebetrag in €
Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert in €
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert in €
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Kraftfahrzeug(e) (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wert in €
Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sonstiges Vermögen und zwar:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €

Angaben zu Immobilien und/oder Grundbesitz

Keine Änderungen

Sind Sie, Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien und/oder Grundbesitz?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Immobilie und des Grundbesitzes	Lage angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	Größe	
Hauseigentum		a) Grundstücksfläche (in m ²) b) Wohnfläche (in m ²)	
Wohnungseigentum		a) _____ b) _____	

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I)
(Die jeweils aktuelle Fassung können Sie im Internet unter „<http://bundesrecht.juris.de>“
und dort unter „Gesetze/Verordnungen“ und dem Stichwort „SGB I“ finden.)

Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch - (StGB)

(Die jeweils aktuelle Fassung können Sie im Internet unter „<http://bundesrecht.juris.de>“
und dort unter dem Stichwort „StGB“ finden)

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) ...
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).
- (7)

Weitere Informationen zu gesetzlichen Bestimmungen können Sie auf Wunsch auch in Ihrem Sozialamt erhalten.