

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5-9 SGB XII, und zwar in Form von:
(z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Eingangsstempel

Ausgegeben am:

Der/die hilfebedürftige Person ist

Kriegsbeschädigte(r) oder Kriegshinterbliebene(r)

Ausländer(in), Staatenlose(r)

Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in)

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

I. Persönliche Verhältnisse:	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
6 Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
7 Vorname(n)		
8 Wohnanschrift: PLZ, Ort 9 Straße, Nr.		
10 Telefon (freiwillige Angabe)		
11 Geburtsdatum		
12 Geburtsort/Kreis		
13 Familienstand wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet
14 Staatsangehörigkeit aufenthaltsrechtlicher Status		
15 Ausweispapiere	eAT Pers. Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	eAT Pers. Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.
16 Ausstellungstag- u. Behörde		
17 Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig?	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grad	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grad
18 ggf. warum? (Gebrechen)		
19 Schwerbehindertenausweis ausgestellt am:	GdB <input type="checkbox"/> Merkzeichen <input type="checkbox"/>	GdB <input type="checkbox"/> Merkzeichen <input type="checkbox"/>
20 Betreuer/in (Kopie Bestellungs- urkunde beifügen)		
21 Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
22 Erlerner Beruf		
23 derzeitige/zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
24 derzeitiger/letzter Arbeitgeber		
25 Schulabschluss		

II. Familienverhältnisse: Außer der hilfebedürftigen Person und seinem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in der **Haushaltsgemeinschaft**

	1	2	3	4
26 Familienname (ggf. auch Geburtsname)				
27 Vorname(n)				
28 Geburtsdatum/-ort				
29 Familienstand				
30 Verwandtschaftsverhältn. z. Antragsteller				
31 Beruf				
32 Arbeitgeber oder Art d. Rente usw.				

Falls die hilfebedürftige Person ein nichteheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

33 Name der Person/des Kindes	
34 Name des/der Unterhaltspflichtigen	
35 Wohnanschrift d. Unterhaltspflichtigen	
36 Name des Vormunds, Pflegers	
37 Anschrift d. Vormunds, Pflegers	
38 Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR
39 In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR
40 Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.	EUR

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 56321 Rhens

Jungling 1637 Best.-Nr. 100 410 1001 001 Tel. 0 89 / 2 74 36 - 0 Fax 0 89 / 2 74 36 - 3 44 service@junglingverlag.de

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

1. Nur bei Grundsicherung

41	Verfügt eines Ihrer Kinder/ ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)												
42	Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/ Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen		1	2			<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen		1	2		
Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen															
1	2														
Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen															
1	2														

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 41 "X" ja" angekreuzt wurde)

43	Familienname, Vorname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen	1	2	1	2
44	Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)				
45	Geburtsdatum				
46	Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR		

IV. Einkommensverhältnisse der hilfebedürftigen Person und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

47	Art des Einkommens monatlich	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
48	Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
50	Gewerbe/Handel/Freiberufe						
51	Land- und Forstwirtschaft						
52	Sonstige selbstständige Tätigkeit						
53	Vermietung und Verpachtung						
54	Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung						
55	Wohngeld/Lastenzuschuss						
56	Renten/Pensionen (auch aus dem Ausland) (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente)						
57	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
58	Lastenausgleich						
59	Leistungen d. Agentur für Arbeit						
60	Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)						
61	Ausbildungsförderung						
62	Unterhalt						
63							
64							

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

65	Keine absetzbaren Beträge	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
66	Ausgaben						
67	Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
68	Kranken-/Pflegeversicherung						
69	Arbeitslosenversicherung						
70	Rentenversicherung						
71	Altersvorsorgebeiträge						
72	-versicherung						
73	-versicherung						
74	Lebensversicherung						
75	Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
76	- Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
77	- benutztes Verkehrsmittel						
78	- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
79							
80							

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland) – ggf. Beiblatt verwenden – (Bitte Nachweise beifügen!)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
81 Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
82 Bargeld						
83 Bank-/Sparguthaben (inkl. VwL) (bei welchem Kreditinstitut?)						
84 Wertpapiere						
85 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 105 bis 107 beachten)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
86 Haus-/Wohneigentum						
87 Sonstiger Grundbesitz						
88 Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen/Erstzulassung						
89 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
90 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
91 Sonstiges Vermögen						

VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

92 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? nein ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde
Bemerkungen

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

93 Glaubt die hilfebedürftige Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?
 Nein Ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall aus dem Lastenausgleich
 als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich

94 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt?

95 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei Az.

3. Versicherungsansprüche

96 Sind Sie privat kranken- und pflegeversichert ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bei welcher Versicherung:
97 Basistarif	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Monatsbeitrag EUR
98 Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?		Monatsbeitrag EUR
99 Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Renten-antragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familien-versicherter	
100 Familienversichert bei		
101 Wenn Sie derzeit nicht Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wann? Von bis
102 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse?		
103 Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Renten-antragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familien-versicherter	
104 Besteht eine Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche	
105 Besteht eine Lebensversicherung ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	Vertragsnummer Versicherungssumme fällig am
106		EUR
107 Aktuelle Rückkaufswerte (Zeile 104-106)		EUR
108 Besteht ein Rentenanspruch , ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei	
109 Falls der Antrag abgelehnt wurde		wann? warum?
110 Werden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
111 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?		
112 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen	
113 (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben)		
114 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

115 Zahl der Personen in der Wohnung: Anzahl Person(en) Wohnfläche: m ² davon untervermietet: m ²
116 Gesamtkosten der Unterkunft: EUR
117 davon Kaltmiete: EUR
118 Nebenkosten: EUR
119 Heizungskosten: <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Strom EUR
120 Einnahmen aus Untervermietung: EUR
121 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von EUR
122 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von EUR

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

123 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

IX. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

Erwerbsstatus	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
124 Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125 Erwerbstätig als		
126 Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von _____ bis _____	von _____ bis _____
127	von _____ bis _____	von _____ bis _____
128 Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
129 Stamm-Nr./Kunden Nr.		
130 Arbeitslosengeld nach SGB III	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
131 Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

X. Sonstiges:

132 Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
133 Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
134 Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
135 Falls ja, welche Behörde?	
136 Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes	
137 Hat der/die nachfragende Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG), erhalten? Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung	
138 a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme. . .	
139 b) (bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw.) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt? . . . Wer war bisher Kostenträger? Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt.	
140 c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung) Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer Anstalt? . .	
141 (Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes	
142 Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . .	
143 Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?	

XI. Bankverbindung: Girokonto der hilfebedürftigen Person:

144 IBAN	Kreditinstitut
----------	----------------

Erklärung der hilfebedürftigen Person/Antragsteller und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.
 Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).
 Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.
 Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.
Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.
 Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

145		
Ort, Datum	Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller oder seines gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner eheähnliche Gemeinschaft

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

146	Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller	Unterschrift des Aufnehmenden
-----	--	-------------------------------

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Mitwirkungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt.

(Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)

Ort, Datum

Mit _____ Anlagen an
die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

I. A.