

# SOZIALHILFEANTRAG

AUF

<input type="checkbox"/> einmalige Geldleistung	<input type="checkbox"/> Krankenhilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt		
<input type="checkbox"/> Heimaufnahme in .....		
<input type="checkbox"/> andere Leistungen: .....		
.....		

FÜR

Familiename, Vorname (Hilfesuchender)	Staatsbürgersch.	Zahl	Behörde
geboren am / in:	Beruf		Familienstand
wohnhaft in			Telefonnummer
Bankverbindung / Konto des Antragstellers			Bankleitzahl

## PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSE DES HILFESUCHENDEN

Aufenthalt in den letzten 3 Jahren	von	bis	Anschrift	
Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr	von	bis	beschäftigt bei: (Name und Anschrift)	
Wohnung	Miete ohne Betriebskosten		Vermieter	Größe der Wohnung (m <sup>2</sup> )
Einkommen	Betrag in S		Arbeitgeber, Pensionsstelle, Sonstiges	
Vermögen	Grundbesitz (Katastralgemeinde / Einlagezahl / Einheitswert)			
	wurde in den letzten 3 Jahren Vermögen verschenkt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
	Spareinlagen / Wertpapiere / Sonstiges Vermögen		PKW (Type, Baujahr)	
Versicherung	Krankenkasse	Versicherungsnummer		Lebensversicherung
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Mit dem Hilfesuchenden leben im gemeinsamen Haushalt:

Verwandtschafts- verhältnis / Stand	Familienname, Vorname	geb. am	Einkommen / mtl. S	Arbeitgeber, Pensionsstelle

Ehegatten, Eltern und Kinder, die **nicht** im gemeinsamen Haushalt mit dem Hilfesuchenden leben:

Verwandtschafts- verhältnis / Stand	Familienname, Vorname	wohnhaft	geb. am	Einkommen / mtl. S	Arbeitgeber, Pensionsstelle

Ich bestätige, dass die Angaben im Antrag vollständig und wahr sind.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers, bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Bestätigung der Angaben und Stellungnahme des Bürgermeisters

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Bürgermeisters