

Antrag auf Sozialhilfe: Antragsbogen A
Application for Sozialhilfe: Form A

Quelle / Source:

<https://www.berlin.de/sen/gessoz/service/formulare/>

Sprachen: Deutsch / Spanisch
Languages: German / Spanish

veröffentlicht / published:
12.2.2016

***Achtung: Dieses Dokument ist eine Ausfüllhilfe. Bitte das Originalformular in deutscher Sprache ausfüllen und bei der Behörde abgeben!**

Beim selbständigen Ausfüllen kann es zu Fehlern kommen. Das kann unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich ziehen. Wir empfehlen daher, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Alle Übersetzungen sind nach bestem Wissen und Gewissen auf ehrenamtlicher Basis erstellt. Der KuB e. V. übernimmt keine Haftung.

*** Atención: Este documento le ayuda a rellenar el formulario. Por favor, rellene el formulario original en alemán y preséntelo en las oficinas de gobierno.**

Si rellena el formulario independientemente, pueden ocurrir errores con consecuencias no intencionadas. Por eso recomendamos que usted visite un centro de asesoría.

Todas las traducciones son realizadas por voluntarios a su leal saber y entender. La KuB no asume ninguna responsabilidad.

Übersetzungen erstellt durch das Projekt „Formulare verstehbar machen“ der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen (Berlin): www.kub-berlin.org/formularprojekt/

Spenden erbeten an: „Formulare verstehbar machen“ auf www.betterplace.org, <http://bit.ly/2mfagom>

Bezirksamt Geschäftsbereich Sozialwesen Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - ZLA -		Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrags notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.	
Antrag auf <input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach SGB XII <input type="checkbox"/> Leistungen nach AsylbLG		Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben - unter XI des Antrages oder - auf einem gesonderten Blatt
Art der Hilfe <input type="checkbox"/> innerhalb einer Einrichtung <input type="checkbox"/> außerhalb einer Einrichtung			
I. Antragsteller/in (Personenziffer 1)		Ehegatte/Lebenspartner/in (Personenziffer 2)	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname _____		<input type="checkbox"/> nicht im gemeinsamen Haushalt →	keine weiteren Angaben auf dieser Seite; nur Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen
Geburtsdatum _____	Geburtsort/Kreis/Land _____	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
<input type="checkbox"/> minderjährig →		Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname _____			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Seit _____ bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen	Geburtsdatum _____
		Geburtsort/Kreis/Land _____	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch _____ →		bitte Anlage 2 ausfüllen	
<input type="checkbox"/> deutsch _____ ↓		bitte Anlage 2 ausfüllen	
Personal-dokument bitte vorlegen	ausgestellt von (Dienststelle) _____	gültig bis _____	Personal-dokument bitte vorlegen
		ausgestellt von (Dienststelle) _____	
		gültig bis _____	
<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓		<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓	
bis _____	von (Dienststelle) _____	Geschäftszeichen _____	bis _____
		von (Dienststelle) _____	
		Geschäftszeichen _____	
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft } →		bitte Bestallung beifügen	
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz <input type="checkbox"/> es besteht Beistandschaft } →		bitte Bestallung beifügen	
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFVG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am _____ ausgestellt von Dienststelle) _____	<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BVFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFVG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -
		ausgestellt von (Dienststelle) _____	
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)		gültig bis _____	Merkzeichen (G, aG) _____
		gültig bis _____	
		Merkzeichen (G, aG) _____	
Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bezirksamt	<i>Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin</i> ▼	
Geschäftsbereich	<i>Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin</i>	
	<i>Lichtenberg von Berlin</i>	
	<i>Marzahn-Hellersdorf von Berlin</i>	
	<i>Mitte von Berlin</i>	
	<i>Neukölln von Berlin</i>	
	<i>Pankow von Berlin</i>	
	<i>Reinickendorf von Berlin</i>	
	<i>Spandau von Berlin</i>	
	<i>Steglitz-Zehlendorf von Berlin</i>	
	<i>Tempelhof-Schöneberg von Berlin</i>	
	<i>Treptow-Köpenick von Berlin</i>	

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<input type="checkbox"/> Oficina comarcal ámbito de competencia asuntos sociales <input type="checkbox"/> Oficina Estatal de Sanidad y Asuntos Sociales - ZLA		Es necesario que conteste todas las preguntas para que su solicitud pueda ser tramitada. Puede consultar las bases jurídicas sobre la recogida de datos en la hoja informativa que se encuentra en anexo.			
Solicitud de		<input type="checkbox"/> asistencia social según SGB XII <input type="checkbox"/> prestaciones según AsylbLG		Por favor, marque y complete lo que corresponda	Si el espacio no es suficiente, por favor haga sus indicaciones <ul style="list-style-type: none"> • en el punto XI de esta solicitud • en una hoja adicional
		tipo de asistencia <input type="checkbox"/> dentro de una facilidad <input type="checkbox"/> fuera de una facilidad			
I. Solicitante (persona nº 1)		Esposo(a) / compañero(a) (persona nº 2)			
apellido (si es necesario apellido de soltera)		<input type="checkbox"/> hogar separado →		ninguna otra información en esta página; solamente complete anexo 1 parte A	
Fecha de nacimiento	lugar de nacimiento/distrito administrativo/país	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> en el mismo hogar ↓		
<input type="checkbox"/> menor de edad →		Por favor, rellene anexo 1 parte B		apellido (si es necesario apellido de soltera)	
Estado civil <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> unión libre <input type="checkbox"/> unión civil		<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> vive permanentemente separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> viudo/a		página →	por favor, rellene anexo 1 parte A
Nacionalidad <input type="checkbox"/> alemana →		por favor, rellene anexo 2		Nacionalidad <input type="checkbox"/> alemana ↓	por favor, rellene anexo 2
por favor, presente su documento de identidad	expedido por (autoridad)	válido hasta	por favor, presente su documento de identidad	expedido por (autoridad)	válido hasta
<input type="checkbox"/> aún no se han recibido ningunas prestaciones <input type="checkbox"/> ya se han recibido prestaciones ↓				<input type="checkbox"/> aún no se han recibido ningunas prestaciones <input type="checkbox"/> ya se han recibido prestaciones ↓	
hasta	de (autoridad)	referencia	hasta	de (autoridad)	referencia
<input type="checkbox"/> existe una asistencia según la ley de asistencia <input type="checkbox"/> existe curatela →		por favor, adjunte la autorización		<input type="checkbox"/> existe una asistencia según la ley de asistencia <input type="checkbox"/> existe curatela →	
<input type="checkbox"/> desplazado/a (emigrante) - documento A - <input type="checkbox"/> expulsado/a (emigrante) - documento B - <input type="checkbox"/> emigrante de origen alemán de los estados de Europa del este - certificado (de § 15 párrafo 1 BVFG) y documento de registro de la oficina federal de administración → <input type="checkbox"/> esposo/a o descendiente de un/a emigrante de origen alemán de los estados de Europa del este - certificado (de §15 párrafo 2 BVFG) y documento de registro de la oficina federal de administración <input type="checkbox"/> refugiado de la zona soviética - documento C -		expedido el expedido por (autoridad)		<input type="checkbox"/> desplazado/a (emigrante) - documento A - <input type="checkbox"/> expulsado/a (emigrante) - documento B - <input type="checkbox"/> emigrante de origen alemán de los estados de Europa del este - certificado (de § 15 párrafo 1 BVFG) y documento de registro de la oficina federal de administración → <input type="checkbox"/> esposo/a o descendiente de un/a emigrante de origen alemán de los estados de Europa del este - certificado (de §15 párrafo 2 BVFG) y documento de registro de la oficina federal de administración <input type="checkbox"/> refugiado de la zona soviética - documento C -	
Certificado de discapacidad (adjuntar copia del documento)		válido hasta	señalización (G, aG)	válido hasta	señalización (G, aG)
		Se ha presentado una solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Se ha presentado una solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

ORIGINAL

<p>Sozialversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p>Krankenversicherung:</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>	<p>Sozialversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p>Krankenversicherung:</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Familienversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Private Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V</p>
---	---

II. Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit

	Personenziffer 1	Personenziffer 2
Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor? (EU-Rente)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein für welchen Zeitraum? _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein für welchen Zeitraum? _____
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stufe: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stufe: _____
Auszubildender/Student - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung / Studium als _____	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung / Studium als _____
Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule	_____	_____
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.

*** Wichtige Hinweise:** Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin **das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil **familienversichert** werden. Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner **getrennt** leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen **familienversichert** werden können.

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

<p><u>Seguro social</u></p> <input type="checkbox"/> ninguno (causas en la pagina 4 -XI-)	<p><u>Seguro social</u></p> <input type="checkbox"/> ninguno (causas en la pagina 4 -XI-)
<input type="checkbox"/> seguro de pensiones <input type="checkbox"/> seguro de dependencia	<input type="checkbox"/> seguro de pensiones <input type="checkbox"/> seguro de dependencia
<p><u>Seguro de enfermedad</u></p> <input type="checkbox"/> seguro obligatorio <input type="checkbox"/> seguro voluntario <input type="checkbox"/> seguro de dependientes* <input type="checkbox"/> seguro privado <input type="checkbox"/> asistencia de seguro de enfermedad según § 264 SGB V	<p><u>Seguro de enfermedad</u></p> <input type="checkbox"/> seguro obligatorio <input type="checkbox"/> seguro voluntario <input type="checkbox"/> seguro de dependientes* <input type="checkbox"/> seguro privado <input type="checkbox"/> asistencia de seguro de enfermedad según § 264 SGB V

II.	Capacidad o incapacidad laboral	
	<i>persona nº 1</i>	<i>persona nº 2</i>
Está trabajando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo de actividad laboral: empleador:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo de actividad laboral: empleador:
Capacidad laboral	Puede usted, a su juicio, trabajar por lo menos tres horas cada día en el mercado laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, porque	Puede el individuo, según su juicio, trabajar en el mercado laboral por lo menos tres horas cada día ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, porque
Se le ha determinado una incapacidad laboral según § 43 párrafo 2 SGB VI? (pensión de la UE)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí por tiempo indefinido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válida para que plazo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí por tiempo indefinido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válida para que plazo?
Necesita asistencia según SGB XI de la ley de seguro de dependencia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí grado:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí grado:
aprendiz(a)/estudiante - también estudiante escolar	<input type="checkbox"/> No , <input type="checkbox"/> sí, en formación o estudio de ...	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí, en formación o estudio de ...
nombre y dirección del empleador actual o de la escuela		
alojamiento en una facilidad clínica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí, asignación Caso que sí: por favor presente los documentos pertinentes.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí, asignación Caso que sí: por favor presente los documentos pertinentes.

* **Notas importantes:** Si usted o su pareja **son menores que 23 años**, usted o su pareja puede ser cubierto por el seguro de su madre o su padre. Si usted o su pareja vive **seperado** de su esposo(a)/pareja registrada, hay que verificar si puede estar asegurado/a por él/ella.

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen		
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)				
- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde				
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
III. Bankverbindung				
Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber/in	
IBAN		BIC		
IV. Aufenthalt				
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft		
V. Unterkunft				
V.1	<input type="checkbox"/> Mietwohnung → <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in →	Name und Anschrift des Vermieters Name des Hauptmieters	<input type="checkbox"/> Eigenheim → <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft	Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Miete bezahlt bis	Mietrückstände (von/bis/EUR) →
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	Bitte Nachweis beifügen	Gekündigt zum →
V.2	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m ²)	<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt → <input type="checkbox"/> Wohngeld wird nicht gezahlt	Bitte Bescheid beifügen
Heizungsart/ Warmwasser <input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung <input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung <input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung				
<input type="checkbox"/> Wohnraum wird untervermietet <input type="checkbox"/> Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> Wohnraum kann nicht untervermietet werden	Zahl vermieteter Leerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl vermieteter möblierter Zimmer	Miete (EUR/mtl.)
	Grund			
<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei: Name:				
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung		Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung	

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Ha solicitado prestaciones según SGB II?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>presentar prueba o notificación de autorización o rechazo</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>presentar prueba o notificación de autorización o rechazo</i>			
número de cliente de la oficina de empleo (si existe)					
- esta parte no debe ser completada por el/la solicitante/nota de autoridad					
Posibles razones de rechazar la ayuda de subsistencia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
III. Datos bancarios					
institución bancaria	código de identificación bancaria	número de cuenta	titular de cuenta		
IBAN		BIC			
IV. Domicilio					
Dirección		piso/planta	número de teléfono (información voluntaria)		
en Berlín desde	en departamento desde	último lugar de residencia			
V. Alojamiento					
V.1	<input type="checkbox"/> piso alquilado → <input type="checkbox"/> inquilino/a principal → <input type="checkbox"/> subinquilino/a →	nombre y dirección del arrendador nombre del inquilino/a principal	<input type="checkbox"/> casa propia → <input type="checkbox"/> piso propio → <input type="checkbox"/> emparentado <input type="checkbox"/> comunidad económica	Por favor, rellene el anexo 3 y continúe con el punto V.2	
	alquiler en total (Euro/mes)	costes por agua caliente (Euro/mes)	alquiler pagado hasta	alquileres pendientes (de/hasta/Euro) →	Por favor, complete anexo 6
	pago anticipado de los costes de calefacción (Euro/mes)	televisión por cable (Euro/mes)	Por favor incluya/añada la certificación		contrato rescindido para la →
V.2	tamaño de la vivienda del solicitante número de habitaciones sin cocina/baño	superficie total (m2)	<input type="checkbox"/> se reciben prestaciones por vivienda → <input type="checkbox"/> no se reciben prestaciones por vivienda	Por favor, incluya el comprobante	
tipo de calefacción/agua caliente <input type="checkbox"/> calefacción colectiva <input type="checkbox"/> suministro central de agua caliente <input type="checkbox"/> calefacción con estufa <input type="checkbox"/> calefacción a gas <input type="checkbox"/> calefacción con acumulador de calor nocturno					
<input type="checkbox"/> Subarrendamiento (parcial) de la vivienda → <input type="checkbox"/> vivienda puede ser subarrendada <input type="checkbox"/> vivienda no puede ser subarrendada →	número de habitaciones no amuebladas y subarrendadas	alquiler (EURO/mes)	número de habitaciones amuebladas subarrendadas	alquiler (EURO/mes)	
	superficie				
<input type="checkbox"/> Tengo/Tenemos permiso de vivir en casa de : apellido:					
Si vive en una institución clínica (p.e. institución, vivienda asistida, hospital): Donde ha vivido antes (residencia habitual)?	Dirección de la vivienda antes del alojamiento en la institución	Dirección de la vivienda antes del alojamiento en la institución			

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

VI.	Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen		
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Personen bitte Zusatzblatt verwenden.			
	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in / Partner/in			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit <input type="checkbox"/> _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <small>(sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)</small>
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Haben die o.g. Personen Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

VI.

Qué relación personal tiene la persona que vive en el mismo hogar con la/el solicitante?

Sí No

Viven otras personas en el mismo hogar?

Caso que sí, por favor, inscriba las otras personas por orden de fecha de nacimiento.

Casi haya cuatro personas o más, por favor utilice una hoja suplementaria.

	Número de persona 3	persona nº 4	persona nº 5
apellido (si es necesario apellido de soltera)			
Nombre			
parentesco con el/la solicitante o la pareja			
Sexo	<input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino
Fecha de nacimiento lugar de nacimiento			
Estado civil	<input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> desde	<input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> desde	<input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> desde
Nacionalidad	<input type="checkbox"/> alemana <input type="checkbox"/> otra <i>(si ya tiene permiso de trabajo, por favor lo adjunte la documentación)</i>	<input type="checkbox"/> alemana <input type="checkbox"/> otra <i>(si ya tiene permiso de trabajo, por favor lo adjunte la documentación)</i>	<input type="checkbox"/> alemana <input type="checkbox"/> otra <i>(si ya tiene permiso de trabajo, por favor lo adjunte la documentación)</i>
número de cliente de la oficina de empleo (si existe)			
capacidad laboral (indicar solo si usted ha cumplido al menos 15 años)	<i>Puede el individuo, según su juicio, trabajar en el mercado laboral por lo menos tres horas cada día?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, porque	<i>Puede el individuo, según su juicio, trabajar en el mercado laboral por lo menos tres horas cada día?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, porque	<i>Puede el individuo, según su juicio, trabajar en el mercado laboral por lo menos tres horas cada día?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, porque
Las personas citadas arriba, han solicitado prestaciones según SGB II?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>presentar prueba o notificación de autorización o rechazo</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>presentar prueba o notificación de autorización o rechazo</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>presentar prueba o notificación de autorización o rechazo</i>
número de cliente de la oficina de empleo (si existe)			
- Esta parte no debe ser completada por el/la solicitante/nota de autoridad			
Posibles razones de rechazar la ayuda de subsistencia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

VII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder, Eltern)						
Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburts- tag, bzw. Alter	Familien- stand	Verwandt- schafts- verhältnis zum Antragsteller	ausgeübte Tätigkeit	Anschrift	Art und Höhe des Unter- haltsbeitrages

VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen			Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen			
Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Geschäftszeich- en, Renten- abrechnungs- nummer, o. ä.	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Nichtselbstän- dige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeit- geberzuschuss)						
Gewerbe- betrieb						
Land- und Forstwirtschaft						
Sonstige selbständige Tätigkeiten						
Vermietung und Verpachtung						
Wohngeld/Last enzuschuss						
Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbs- minderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirt- schaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisen- rente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss / -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungs- leistung, Sonstige Renten / Pensionen)						

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

VII. Obligación de alimentos para parientes fuera del hogar (niños, padres)						
apellido (si es necesario apellido de soltera)	fecha de nacimiento o edad	Estado civil	parentesco con el/la solicitante	actividad ejercida	Dirección	tipo e importe de prestaciones

VIII. Ingresos de todos los miembros del hogar	<i>importes (Euro) y período (al mes, a la semana, al día). Por favor, añadir comprobantes</i>					
denominación	oficina de autoridad	referencia, número de cuenta de pensiones, o similares	persona nº 1	persona nº 2	Número de persona 3	persona nº 4
actividad por cuenta ajena <i>(remuneración de trabajo, importe de la beca de estudios, retribución del taller para personas con discapacidad)</i>						
prestaciones del seguro médico <i>(incluyendo el subsidio del empleador)</i>						
empresa comercial						
agricultura y silvicultura						
otras actividades por cuenta propia						
alquiler y arrendamiento						
subsidio de vivienda/ subvención a las cargas						
pensiones/jubilaciones <i>(p.e. pensión por causa de incapacidad laboral parcial, pensión de jubilación, pensión en caso de accidente, pensión agrícola, pensión de viudedad u orfandad, pensión por educación, subsidio familiar por hijos, asistencia por dependencia adicional a la pensión, pensión empresarial, pensión por educación de hijos, otras pensiones)</i>						

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

Bezeichnung	Bewilligungs- stelle	Geschäfts- zeichen, Rentenabrech- nungsnummer, o. ä.	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer	Personenziffer
			1	2	3	4
Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen						
Sozialhilfe- leistungen						
Grundsicherun gsleistungen						
Asylbewerber- leistung						
Leistungen nach dem Bundesversor- gungsgesetz						
Leistungen des Lastenaus- gleichsamtes <small>(z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)</small>						
Leistungen der Agentur für Arbeit <small>(z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe, Arbeitsför- derungsgeld u. a.)</small>						
Kindergeld						
Kindergeld- zuschlag						
Elterngeld						
Ausbildungs- förderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvor- schuss						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche <small>(z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen- geld, Leibrente, Pflegegeld)</small>						
Steuerer- stattung						
Kapitalerträge <small>(z. B. Zinsen)</small>						
Sonstige Einkünfte <small>(z.B. Schadensersatz- ansprüche)</small>						
Kein Einkommen						

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

denominación	oficina de autoridad	referencia, número de cuenta de pensiones, o similares	persona nº 1	persona nº 2	Número de persona 3	persona nº 4
			importes (Euro) y período (al mes, a la semana, al día). Por favor, añadir comprobantes			
prestaciones de asistencia social						
prestaciones en seguridad básica						
prestaciones para solicitantes de asilo						
prestaciones según BVG (Ley alemana relativa a las prestaciones alimenticias)						
prestaciones de oficina de compensación de cargas <i>(p.e. ayuda a la subsistencia, asistencia por dependencia, pensión de indemnización)</i>						
prestaciones de la oficina de empleo <i>(p.e. subsidio de desempleo, subsidio de desempleo II, ayuda a la integración, subsidio durante la formación profesional, subsidio de fomento del empleo y similares)</i>						
subsidio familiar por hijos						
suplemento de subsidio familiar por hijos						
subsidio por maternidad o paternidad						
fomento de la formación profesional						
alimentos						
anticipo de alimentos						
Derecho a otras prestaciones monetarias privadas <i>(p.e. alimentación, derecho de habitación, dinero asignado, renta vitalicia, asistencia por dependencia)</i>						
devolución de impuestos						
rendimientos del capital <i>(p.e. intereses)</i>						
otros ingresos <i>(p.e. derecho a indemnización de daños y perjuicios)</i>						
ningún ingreso						

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

Sind Leistungen nach Nr. VIII. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen
Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓			
Personenziffer	Art der Leistung	Zeitpunkt	EUR

IX.	Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge				
<input type="checkbox"/> Keine absetzbaren Beträge	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Ausgaben mtl. Betrag					
Einkommensteuer*					
Krankenversicherung*					
Pflegeversicherung*					
Arbeitslosenversicherung*					
Rentenversicherung*					
Kirchensteuer*					
Unfallversicherung					
Altersvorsorgebeiträge					
Hausratsversicherung					
Sterbeversicherung					
Lebensversicherung					
Haftpflichtversicherung					
Aufwendungen für Arbeitsmittel					
Beiträge für Berufsverbände					
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung					

* Angabe nicht erforderlich soweit die Beträge bereits vom Arbeitgeber oder Rententräger abgesetzt wurden

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Se han solicitado prestaciones según el número VIII, cuya decisión aun está pendiente?

No Sí



persona nº	fecha de solicitud	tipo de prestación	autoridad y referencia

Usted espera ingresos excepcionales, p.e. reembolso de impuestos?

No Sí



persona nº	tipo de prestación	fecha	Euro

IX. Importes (posibles) deducibles fiscalmente del ingreso

<input type="checkbox"/> ningunos importes deducibles	persona nº 1	persona nº 2	Número de persona 3	persona nº 4	persona nº 5
gastos, importe mensual					
impuesto sobre la renta*					
seguro de enfermedad*					
seguro de dependencia*					
seguro de desempleo*					
seguro de pensiones*					
impuesto eclesiástico*					
seguro de accidentes					
cuota de plan de pensiones					
seguro del hogar					
seguro de deceso					
seguro de vida					
seguro de responsabilidad civil					
gastos para material de trabajo					
cuotas para asociaciones de profesionales					
gastos adicionales para doble ingreso					

* Indicar solamente si los importes no son deducidos por el empleador o la caja de pensiones.

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4	Personenziffer 5
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle Fahrkosten zur Arbeitsstelle mit	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km
- öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- PKW	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Motorrad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Mofa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Sonstiges	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nähere Begründung zu „Sonstiges“	<input type="text"/>				

X. Vermögensverhältnisse (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen	Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Sparguthaben / Bargeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertpapiere <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sachwerte von besonderem Wert <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstiges Vermögen (Forderungen und anderes) <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen) <input type="checkbox"/> Ja → Art <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	amtl. Kennzeichen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fabrikat	Baujahr	Halter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hauseigentum oder Grundbesitz Bitte Anlage 3 ausfüllen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatlich geförderte private Altersvorsorge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

	persona nº 1	persona nº 2	Número de persona 3	persona nº 4	persona nº 5
distancia entre su hogar y su trabajo, gastos de transporte al trabajo con	km	km	km	km	km
transportes públicos					
coche					
coche pequeño (hasta 500 ccm)					
motocicleta					
ciclomotor					
otros					
motivación detallada sobre "otros"					

X. Situación económica (en caso necesario adjunte una hoja separada)

Por favor, marque y complete lo que corresponda		persona nº 1	persona nº 2	Número de persona 3	persona nº 4
ahorros / dinero efectivo	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No				
valores	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No				
bienes reales de valor especial	<input type="checkbox"/> Sí → tipo <input type="checkbox"/> No				
otro capital (deudas o otros)	<input type="checkbox"/> Sí → tipo <input type="checkbox"/> No				
capital regalado en los últimos 10 años (también bienes inmuebles)	<input type="checkbox"/> Sí → tipo <input type="checkbox"/> No				
automóvil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	placa de matrícula			
marca	año de fabricación	dueño(a)			
propiedad de una casa o de bienes inmuebles	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No				
Por favor, complete anexo 3					
plan de pensiones privado subvencionado por el estado	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No				

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Personenziffer 1	Personenziffer 2	Personenziffer 3	Personenziffer 4
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein				

XI.	Sonstige Angaben , z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

XII.	Leistungen für besondere Mehrbedarfe
Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts. Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:	
<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche → Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____ Vorname: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin _____
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitslaben erhalten → Vorlage des Bewilligungsbescheides	Name: _____ Vorname: _____
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen → vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____ Vorname: _____ Name: _____ Vorname: _____

XIII.	Bestandteile des Antrages sind die Anlagen
<input type="checkbox"/> 1 - Unterhalt <input type="checkbox"/> 2 - Ausländer <input type="checkbox"/> 3 - Grundbesitz <input type="checkbox"/> 4 – Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> 6 – Mietschulden <input type="checkbox"/> _____	

XIV.	Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Por favor, marque y complete lo que corresponda		persona nº 1	persona nº 2	Número de persona 3	persona nº 4
derecho de contratos de traspaso (p.e. derecho de habitación, usufructo, derecho de asistencia a los padres)	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No				
otro capital	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No				

XI. Otras indicaciones
p.e. sobre condiciones personales, familiares, sanitarias

XII. Prestaciones para necesidades adicionales

En determinadas condiciones se pueden conceder prestaciones para necesidades adicionales que no cubiertas por las prestaciones regulares y no pueden ser avaliadas con base en la información indicada arriba. Esto se aplica a todas las personas del hogar.

Se declaran necesidades adicionales para los siguientes casos:

Para futuras madres después de la 12ª semana de embarazo

apellido: nombre:

→ Por favor presente su carnet de maternidad

fecha prevista de nacimiento

personas con discapacidad grave que han cumplido 15 años y reciben prestaciones para la participación en la vida laboral

apellido: nombre:

→ presentación de la notificación de aprobación

alimentos especiales exigidos por razones médicas con un coste elevado

apellido: nombre:

→ su médico tiene que completar el formulario que se puede encontrar en el departamento de asistencia social

apellido: nombre:

XIII. Los siguientes anexos forman parte de esta solicitud

1 - alimentos 2 - extranjeros 3 - propiedad inmobiliaria 4 - ayuda a la integración 6 - deudas del alquiler

XIV. Se adjuntan los siguientes documentos a esta solicitud

ORIGINAL

Die Angaben im Antrag und den dazugehörigen Anlagen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksamter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen / Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin / ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII bzw. AsylbLG kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII bzw. §§ 7, 9 AsylbLG geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII / AsylbLG von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Unterschrift des Antragstellers/Datum	ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten
---------------------------------------	---

Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt	Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum
--	--

ÜBERSETZUNG / TRANSLATION

Todas las declaraciones hechas en esta solicitud y en los respectivos anexos son completas y verídicas.

Voy a informar la entidad responsable (estado federado Berlin, representado de las autoridades territoriales, ámbito de competencias asunto social/ ámbito de competencias jóvenes y deporte u oficina estatal para sanidad y asuntos sociales Berlin / ZLA) inmediatamente según § 60 párrafo 1 número 2 SGB I, siempre que

- haya una alteración en mis circunstancias personales o económicas.
- haya una alteración en las circunstancias de personas de mi hogar.
- solicite pensiones u otras prestaciones similares.

Además, fui informado de forma exhaustiva sobre el hecho de que cuando exista una sospecha de fraude concreta, las investigaciones relacionadas con el asunto serán efectuadas de forma oficial según §§ 20, 21, 69 y 71 SGB X y sin mi participación.

Prestaciones recibidas de forma indebida serán recuperadas de mí, p.e. si he hecho declaraciones falsas, deliberadamente o por negligencia grave.

La entidad responsable para las prestaciones según SGB XII o AsylbLG puede conectar mis exigencias con otras prestaciones similares, según el valor de sus gastos, para el período en que yo reciba prestaciones.

La entidad responsable para la asistencia social se reserva el derecho de, según las condiciones existentes, ejercer la acción del resarcimiento de los gastos según §§ 19 párrafo 5, 27 párrafo 3 o § 92 párrafo 1 SGB XII o §§ 7, 9 AsylbLG. En este caso, estaré obligado a reembolsar los gastos a la entidad responsable. Eso se aplica también, si el derecho de restitución de la entidad responsable para la asistencia social, por razones procesuales, no puede ser satisfecha por parte de otras entidades de prestación prioritaria (p.e. entidad que es responsable de las pensiones, seguro médico) y he recibido prestaciones de las dos entidades prestatarias por el mismo período. En este caso, estaré obligado a reembolsar las prestaciones concedidas según SGB XII / AsylbLG.

Fui informado/a de que las transferencias de mis contribuciones para mi seguro voluntario de enfermedad y de dependencia se efectúan directamente a los respectivos seguros.

firma de solicitante/fecha

en caso necesario firma de esposo/a que vive en el mismo hogar

Caso la solicitud no fuera rellena por el solicitante en persona, o fuera incompleta

nombre, dirección, en caso necesario autoridad y firma de la persona que relleno la solicitud/fecha

Atención: Esta traducción ha sido realizada por personas voluntarias y no es un documento oficial!

Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. Leistungen nach AsylbLG

Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller / die Antragstellerin bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind in § 65 SGB I geregelt.

Im folgenden werden Ihnen die Rechtsgrundlagen benannt, aufgrund derer die erforderlichen Daten erhoben wurden:

Sozialgesetzbuch

Erstes Buch (SGB I)	Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 (Bundesgesetzblatt – BGBl. I, S. 3015 / Gesetz- und Verordnungsblatt – GVBl. S. 1638), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)
Zehntes Buch (SGB X)	Neufassung durch Gesetz vom 18. Januar 2001 (BGBl. I, S. 130 ff.), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749)
Elftes Buch (SGB XI)	Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26. Mai 1994 (BGBl. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423).
Zwölftes Buch (SGB XII)	in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 01. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733)

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

in der Fassung vom 5. August 1997 (BGBl. I, S. 2022),
zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 07. Mai 2013 (BGBl. I S. 1122)

Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I, S. 1902),
zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 2246)

Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach § 28a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII – maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2014 (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2014 –RBSFV 2014)

vom 15. Oktober 2013 (BGBl. I, S. 3856)

Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1975 (BGBl. I, S. 433)
zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in
das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S.3022)

Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII (DVO § 82 SGB XII)

in der im BGBl. III unter 2170-1-4 veröffentlichten bereinigten Fassung,
zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I, S. 818)

Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I, S.438)
zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S
3022)

Hoja informativa sobre la solicitud para asistencia social según SGB XII o prestaciones según AsylbLG

Según § 60 SGB I el / la solicitante tiene que cooperar en la resolución de las circunstancias y en la averiguación de los requisitos existentes para las prestaciones sociales. Caso usted omita preguntas puede resultar en el rechazo de las prestaciones solicitadas. Los límites del deber de cooperación son regulados en § 65 SGB I.

A seguir se indican las regulaciones legales según las cuales se recogieron los datos necesarios:

*** No hemos traducido las siguientes partes. Si usted quiere informarse sobre las regulaciones legales, por favor pida ayuda a una persona con conocimientos lingüísticos suficientes en alemán.**