

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

Quelle / Source:

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

Sprachen: Deutsch / Französisch  
Languages: German / French

veröffentlicht / published:  
1.12.2015

**\*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.**

**\* Attention: Ceci est un document d'aide. Prière  
de remplir le formulaire en ligne en langue  
allemande!**

**Il est préférable de ne pas remplir le formulaire  
seul. Pour éviter des erreurs, nous vous  
conseillons donc de vous faire assister par un  
centre d'aide.**

**Tous les textes ont été consciencieusement  
traduits par des bénévoles. L'association KuB  
décline toute responsabilité.**

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

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

<b>Bezirksamt</b> Geschäftsbereich <b>Sozialwesen</b> 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.			
<b>Antrag auf</b> <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					
<b>I. Antragsteller/in</b> (Personenziffer 1)		<b>Ehegatte/Lebenspartner/in</b> (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"/> im gemeinsamen Haushalt ↓		
<input type="checkbox"/> minderjährig →		Bitte Anlage 1 Buchstabe B ausfüllen		Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
<b>Familienstand</b> <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			
<b>Staatsangehörigkeit</b> <input type="checkbox"/> deutsch → ↓		bitte Anlage 2 ausfüllen		<b>Staatsangehörigkeit</b> <input type="checkbox"/> deutsch → ↓	
bitte Anlage 2 ausfüllen		bitte Anlage 2 ausfüllen		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 ↓		<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		bitte Bestallung beifügen		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 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am	<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 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am
		ausgestellt von (Dienststelle)			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

<b>Bezirksamt</b>	<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

<b>Mairie de l'arrondissement</b> <b>Département</b> Affaires sociales Office régional de la santé et des affaires sociales du Land de Berlin - ZLA -		Pour que votre dossier puisse être traité, il est nécessaire que vous répondiez à toutes les questions. Vous trouverez les bases juridiques servant au recueil des données dans la fiche explicative ci-jointe.	
<b>Demande</b>	<input type="checkbox"/> D'aide sociale selon le livre XII du Code social allemand (SGB XII)  <input type="checkbox"/> De prestations selon la loi sur les prestations pour demandeurs d'asile (AsylLG)	Veuillez cocher la case correspondant e et remplir le formulaire	Si vous manquez de place, veuillez porter vos informations - dans la case XI de la demande ou - sur une feuille séparée
Nature de l'aide <input type="checkbox"/> au sein d'un établissement <input type="checkbox"/> hors d'un établissement			
<b>I. Demandeur/euse (personne numéro 1)</b>		<b>Époux/épouse ou concubin/e (personne numéro 2)</b>	
Nom, le cas échéant nom de naissance (= nom de jeune fille), prénom _____		<input type="checkbox"/> ne vivant pas dans le foyer familial commun →	pas d'autres informations sur cette page; remplir uniquement le formulaire 1 lettre A
Date de naissance _____	Lieu de naissance/district/pays _____	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin  <input type="checkbox"/> vivant dans le foyer familial commun ↓	
<input type="checkbox"/> mineur/e →		Veuillez remplir le formulaire 1 lettre B _____	
État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> union libre (comparable au mariage) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré	<input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> séparé-e durablement <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> veuf/veuve	Depuis _____ veuillez remplir le formulaire 1 lettre A	Date de naissance _____
Lieu de naissance/district/pays _____		Lieu de naissance/district/pays _____	
Nationalité <input type="checkbox"/> allemande → ↓		Nationalité <input type="checkbox"/> allemande → ↓	
Veuillez présenter votre pièce d'identité délivrée par (nom de l'autorité) _____ valable jusqu'au _____		Veuillez présenter votre pièce d'identité délivrée par (nom de l'autorité) _____ valable jusqu'au _____	
<input type="checkbox"/> n'a reçu aucune prestation à ce jour <input type="checkbox"/> a déjà reçu des prestations ↓		<input type="checkbox"/> n'a reçu aucune prestation à ce jour <input type="checkbox"/> a déjà reçu des prestations ↓	
jusqu'au _____	de (nom de l'autorité) _____	référence _____	jusqu'au _____
<input type="checkbox"/> bénéficie d'une tutelle ou curatelle selon la loi sur les tutelles <input type="checkbox"/> bénéficie d'une curatelle		veuillez joindre l'avis de nomination du tuteur/curateur	<input type="checkbox"/> bénéficie d'une tutelle ou curatelle selon la loi sur les tutelles <input type="checkbox"/> bénéficie d'une curatelle
<input type="checkbox"/> Expatrié-e (rapatrié-e) - carte A -  <input type="checkbox"/> Expatrié-e (rapatrié-e) - carte B -  <input type="checkbox"/> Rapatrié-e tardif/tardive - certificat (selon le § 15 al. 1 de la loi fédérale sur les expatriés BVFG) et billet d'enregistrement de l'Office fédéral de l'administration  <input type="checkbox"/> Conjoint-e ou descendant-e d'un-e rapatrié-e tardif/tardive - certificat (selon le § 15 al. 2 de la loi fédérale sur les expatriés BVFG) et billet d'enregistrement de l'Office fédéral de l'administrations  <input type="checkbox"/> Réfugié-e de la zone soviétique - carte C -		délivrée le _____  délivrée par (nom de l'autorité) _____	<input type="checkbox"/> Expatrié-e (rapatrié-e) - carte A -  <input type="checkbox"/> Expatrié-e (rapatrié-e) - carte B -  <input type="checkbox"/> Rapatrié-e tardif/tardive - certificat (selon le § 15 al. 1 de la loi fédérale sur les expatriés BVFG) et billet d'enregistrement de l'Office fédéral de l'administration  <input type="checkbox"/> Conjoint-e ou descendant-e d'un-e rapatrié-e tardif/tardive - certificat (selon le § 15 al. 2 de la loi fédérale sur les expatriés BVFG) et billet d'enregistrement de l'Office fédéral de l'administrations  <input type="checkbox"/> Réfugié-e de la zone soviétique - carte C -
délivrée le _____		délivrée le _____	
délivrée par (nom de l'autorité) _____		délivrée par (nom de l'autorité) _____	
Carte de grand invalide (joindre une photocopie de la carte) valable jusqu'au _____ tampon (G, aG)		valable jusqu'au _____ tampon (G, aG)	
Une demande a-t elle été déposée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Une demande a-t elle été déposée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

<p><b>Sozialversicherung</b></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><b>Krankenversicherung:</b></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><b>Sozialversicherung</b></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><b>Krankenversicherung:</b></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>
---	---

<b>II.</b>	<b>Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit</b>	
	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 – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> 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><b>Assurance sociale</b></p> <p><input type="checkbox"/> aucune (justification page 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance retraite</p> <p><input type="checkbox"/> assurance dépendance (assurance vieillesse)</p> <p><b>Assurance maladie:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Assurance obligatoire</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance volontaire</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance famille *</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance privée</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en charge des assurances maladies en vertu du § 264 du livre V du Code social allemand (SGB V)</p>	<p><b>Assurance sociale</b></p> <p><input type="checkbox"/> aucune (justification page 4 -XI-)</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance retraite</p> <p><input type="checkbox"/> assurance dépendance (assurance vieillesse)</p> <p><b>Assurance maladie:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Assurance obligatoire</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance volontaire</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance famille *</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance privée</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en charge des assurances maladies en vertu du § 264 du livre V du Code social allemand (SGB V)</p>
---	---

<b>II.</b>	<b>Étendue ou exclusion de la capacité à exercer une activité professionnelle</b>	
	<b>Personne numéro 1</b>	<b>Personne numéro 2</b>
<p>Exercez-vous actuellement une activité professionnelle?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Activité: _____</p> <p>Employeur: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Activité: _____</p> <p>Employeur: _____</p>
<p>Étendue de la capacité à exercer une activité professionnelle</p>	<p>Pensez-vous être en mesure d'exercer une activité professionnelle au moins trois heures par jour sur le marché ordinaire de l'emploi?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non, parce que _____</p>	<p>Pensez-vous être en mesure d'exercer une activité professionnelle au moins trois heures par jour sur le marché ordinaire de l'emploi?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non, parce que _____</p>
<p>Avez-vous une incapacité de travail totale selon le § 43 al. 2 du livre VI du Code social allemand (SGB VI) validée par une expertise? (rente UE)</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui illimitée:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>pour quelle période? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui illimitée:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>pour quelle période? _____</p>
<p>Êtes-vous en situation de dépendance au sens du livre XI du Code social allemand (SGB XI), loi sur la dépendance ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Niveau de dépendance: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Non Niveau de dépendance: _____ <input type="checkbox"/> Oui _____</p>
<p>Personne en formation/étudiant-e – y compris personne scolarisée –</p>	<p><input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> Oui, en formation / études de _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> Oui, en formation / études de _____</p>
<p>Nom et adresse de l'employeur actuel ou nom de l'école</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Hébergement dans un établissement stationnaire</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, affectation du _____ au _____</p> <p>Si oui: veuillez joindre les documents correspondants.</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, affectation du _____ au _____</p> <p>Si oui: veuillez joindre les documents correspondants.</p>

\* Remarques importantes: Si vous ou votre concubin/e n'avez pas atteint 23 ans révolus, vous ou votre concubin-e pouvez être assuré-e par un de vos parents au titre de l'assurance famille. Si vous ou votre concubin/e vivez séparé-e de votre époux/épouse, il convient de vérifier si vous pouvez néanmoins bénéficier d'une assurance famille par votre conjoint.

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)			
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>			
Mögliche Ausschlussgründe für die Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>III. Bankverbindung</b>			
Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber/in
IBAN		BIC	
<b>IV. Aufenthalt</b>			
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft	
<b>V. Unterkunft</b>			
<b>V.1</b>	<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
	Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Mietrückstände (von/bis/EUR)
	Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	Gekündigt zum
		<b>Bitte Nachweis beifügen</b>	Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2 Bitte Anlage 6 ausfüllen
<b>V.2</b>	Größe der Unterkunft des Antragstellers Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad	Gesamtwohnfläche (m <sup>2</sup> )	<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: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt</b> (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung	Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung	

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

Avez-vous fait une demande de prestations selon le livre II du Code social allemand (SGB II)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		Joindre le justificatif ou la décision d'acceptation ou de rejet de la demande		Joindre le justificatif ou la décision d'acceptation ou de rejet de la demande	
Numéro de client de l'Agence pour l'emploi (le cas échéant)					
<b>- Ligne réservée à l'administration -</b>					
Raisons possibles d'exclusion de l'aide à la subsistance		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>III. Coordonnées bancaires</b>					
Institution bancaire		Code bancaire	Numéro du compte		Titulaire du compte
IBAN		BIC			
<b>IV. Séjour</b>					
Adresse			Situation de l'appartement/étage		Numéro de téléphone (mention non
à Berlin depuis			dans l'arrondissement depuis		dernier lieu de résidence
<b>V. Logement</b>					
<b>V.1</b>		Nom et adresse du bailleur		Maison individuelle <input type="checkbox"/> Appartement en propriété <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Appartement de location <input type="checkbox"/> Locataire principal-e <input type="checkbox"/> Sous-locataire <input type="checkbox"/>		Nom du champ du locataire principal		<input type="checkbox"/> lien de parenté <input type="checkbox"/> communauté économique	
Loyer total (EUR/mois)		Frais d'eau chaude (EUR/mois)	Loyer payé jusqu'au	Loyers impayés (du/au/EUR) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Frais de chauffage (EUR/mois)		TV par câble (EUR/mois)	Veillez joindre un justificatif		Résilié au <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Veillez remplir le formulaire 3, puis continuer au champ V.2		Veillez remplir le formulaire 6			
<b>V.2</b>		Taille du logement du demandeur Nombre de pièces hors cuisine/salle de bains		Surface totale (m <sup>2</sup> )	
				Versement d'allocations logement <input type="checkbox"/> Pas de versement d'allocations logement <input type="checkbox"/>	
Type de chauffage/eau chaude		Chauffage collectif <input type="checkbox"/> Approvisionnement centralisé en eau chaude <input type="checkbox"/> Chauffage au poêle <input type="checkbox"/> Chauffage au gaz <input type="checkbox"/>		Chauffage à accumulation de chaleur (chauffage électrique au courant de nuit) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Une partie du logement est sous-louée <input type="checkbox"/> Une partie du logement peut être sous-louée <input type="checkbox"/> Le logement ne peut pas être sous-loué en partie <input type="checkbox"/>		Nombre de pièces louées vides	Loyer (EUR/mois)	Nombre de pièces louées meublées	Loyer (EUR/mois)
		Raison			
<input type="checkbox"/> J'ai/Nous avons un droit d'habitation chez:		Nom:			
Si vous vivez dans un établissement stationnaire (p. ex. un foyer d'accueil, une communauté d'habitation encadrée, un hôpital): Où habitiez-vous auparavant (lieu de résidence habituel)?		Adresse du logement avant l'entrée dans l'établissement		Adresse du logement avant l'entrée dans l'établissement	



<b>VI.</b>	<b>Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen</b>		
Leben weitere Personen im gemeinsamen Haushalt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span> <b>Wenn Ja, tragen Sie bitte die weiteren Personen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein.</b> Bei vier oder mehr Personen bitte <b>Zusatzblatt</b> 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 – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> 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)			
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>			
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



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

<b>VIII. Einkünfte aller Haushaltsangehörigen</b>			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**

<b>VII. Membres de la famille à charge ne résidant pas dans le foyer familial (enfants, parents)</b>							
Nom, le cas échéant nom de naissance (=nom de jeune fille), prénom	Date de naissance ou âge	État civil	Lien de parenté vis-à-vis du demandeur	Activité exercée	Adresse	Nature et montant de la contribution alimentaire	

<b>VIII. Revenus de tous les membres du foyer familial</b>			<b>Montants recus (EUR) et pour quelle période (par mois/semaine/jour) Veuillez joindre les justificatifs</b>			
Désignation	Autorité compétente pour la délivrance de l'accord	Référence, numéro de décompte de la retraite ou indications similaires	Personne numéro 1	Personne numéro 2	Personne numéro 3	Personne numéro 4
<b>Activité salariée</b> <i>(revenus provenant d'une activité professionnelle, rémunération de la formation, rétribution versée par l'atelier pour personnes handicapées)</i>						
<b>Prestations de l'assurance maladie</b> <i>(y compris allocation patronale)</i>						
<b>Entreprise artisanale</b>						
<b>Agriculture et sylviculture</b>						
<b>Autres activités indépendantes</b>						
<b>Location et affermage</b>						
<b>Allocations logement/aide aux charges</b>						
<b>Retraites/pensions</b> <i>(p. ex. pension pour incapacité de travail, retraite, pension d'accident, retraite agricole, pension de veuvage, rente d'orphelin, pension pour éducation, allocation ou supplément pour enfant, allocation pour soins en complément de la retraite, retraite d'entreprise, prestations pour éducation d'enfant, autres retraites et pensions)</i>						

**ORIGINAL**

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 (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)						
Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungs- beihilfe, Arbeitsför- derungsgeld u. a.)						
Kindergeld						
Kindergeld- zuschlag						
Elterngeld						
Ausbildungs- förderung						
Unterhalt						
Unterhaltsvor- schuss						
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschen- geld, Leibrente, Pflegegeld)						
Steuerer- stattung						
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)						
Sonstige Einkünfte (z.B. Schadensersatz- ansprüche)						
Kein Einkommen						

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

Désignation	Autorité compétente pour la délivrance de l'accord	Référence, numéro de décompte de la retraite, ou indications similaires	Personne numéro 1	Personne numéro 2	Personne numéro 3	Personne numéro 4
			Montants (EUR) et pour quelle période (par mois/semaine/jour) Veuillez joindre les justificatifs			
Allocations d'aide sociale						
Prestations de protection de base						
Prestations pour demandeurs d'asile						
Prestations selon la loi allemande sur l'assistance aux victimes de guerre						
Prestations de l'Agence d'égalisation des charges (p. ex. aide à la subsistance, allocations pour soins, pension d'indemnisation)						
Prestations de l'Agence pour l'emploi (p. ex. allocation chômage, allocation chômage II, allocation d'insertion, allocation de formation professionnelle, prime à l'emploi et autres)						
Allocation familiale						
Supplément à l'allocation familiale						
Allocation parentale						
Prime à la formation						
Pension alimentaire						
Avance sur pension alimentaire						
Prétentions pécuniaires relevant du droit privé (p. ex. repas, droit d'habitation, argent de poche, rente viagère, allocation pour soins)						
Remboursement d'impôts						
Revenus du capital (p. ex. intérêts)						
Autres revenus (par ex. droits à dommages-intérêts)						
Pas de revenus						

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

<b>Y a-t-il eu une demande de prestations relevant du n° VIII pour laquelle la décision n'a pas encore été rendue?</b>			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ↓			
Numéro de personne	Date de la demande	Type de prestations	Service et référence
<b>Des rentrées d'argent exceptionnelles sont-elles attendues, p. ex. un remboursement d'impôts?</b>			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ↓			
Numéro de personne	Type de prestations	Date du versement	EUR

<b>IX.</b>	<b>Sommes éventuellement déductibles du revenu</b>
------------	--

<b>Pas de sommes déductibles</b>	Personne numéro 1	Personne numéro 2	Personne numéro 3	Personne numéro 4	Personne numéro 5
Montant mensuel des dépenses					
Impôts sur le revenu*					
Assurance maladie*					
Assurance dépendance* (assurance vieillesse)					
Assurance chômage*					
Assurance retraite*					
Impôt destiné aux églises					
Assurance accidents					
Versements à des fonds de prévoyance					
Assurance multirisques habitation					
Assurance décès					
Assurance vie					
Assurance responsabilité civile					
Dépenses pour outils de travail					
Cotisations à des organisations professionnelles					
Dépenses supplémentaires pour double résidence					

\* Informations non nécessaires dans la mesure où les sommes ont déjà été déduites par l'employeur ou l'organisme de retraite



	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 <b>Bitte Anlage 3 ausfüllen</b> <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**

	Personne numéro 1	Personne numéro 2	Personne numéro 3	Personne numéro 4	Personne numéro 5
Distance entre le logement et le lieu de travail et frais de transport jusqu'au lieu de travail en	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km	<input type="text"/> km
- transports publics	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- voiture individuelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- petite voiture individuelle (jusqu'à 500 cm <sup>3</sup> )	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- moto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- mobylette	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Justification détaillée sur «autres»	<input type="text"/>				

**X. Situation patrimoniale (poursuivre le cas échéant sur une feuille séparée)**

Veuillez cocher la case correspondante et remplir le formulaire		Personne numéro 1	Personne numéro 2	Personne numéro 3	Personne numéro 4
Épargne / argent liquide	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titres (valeurs mobilières)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biens d'une valeur particulière	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non	Nature	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
autre patrimoine (créances et autres)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non	Nature	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dons de biens intervenus au cours des 10 dernières années (y compris patrimoine immobilier)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non	Nature	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Véhicule automobile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	numéro d'immatriculation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marque	année de construction	propriétaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Propriété immobilière ou foncière <b>Veillez remplir le formulaire 3</b>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prévoyance vieillesse privée subventionnée par l'État	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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				

<b>XI.</b>	<b>Sonstige Angaben</b> , z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse

<b>XII.</b>	<b>Leistungen für besondere Mehrbedarfe</b>
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: _____

<b>XIII.</b>	<b>Bestandteile des Antrages sind die Anlagen</b>
<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"/> _____	

<b>XIV.</b>	<b>Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt</b>

**ÜBERSETZUNG / TRANSLATION**

Veuillez cocher la case correspondante et remplir les champs		Personne numéro 1	Personne numéro 2	Personne numéro 3	Personne numéro 4
Prétentions résultant de contrats de cession (p. ex. droit d'habitation, usufruit, droit à une rente viagère)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non				
Autre patrimoine	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non				

**XI. Informations complémentaires, p. ex. sur les conditions personnelles, familiales, état de santé**

**XII. Prestations pour besoins supplémentaires spéciaux**

*Il est possible que soient accordées à certaines conditions des prestations pour besoins supplémentaires non couverts par les prestations ordinaires et qu'il n'est pas possible d'évaluer à partir des informations ci dessus. Ceci s'applique à toutes les personnes du foyer familial.*

*Il est possible de faire valoir les besoins supplémentaires suivants:*

<input type="checkbox"/> Pour les femmes enceintes ayant dépassé la 12e semaine de grossesse → Joindre impérativement le carnet de maternité	Nom: <input type="text"/> Prénom: <input type="text"/> Date d'accouchement prévue <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Personnes fortement handicapées ayant atteint l'âge de 15 ans révolus et bénéficié de prestations pour la participation à la vie professionnelle → Présentation de la décision d'accord	Nom: <input type="text"/> Prénom: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alimentation onéreuse pour raisons médicales → le formulaire disponible auprès des services sociaux doit être rempli par le médecin traitant	Nom: <input type="text"/> Prénom: <input type="text"/> Nom: <input type="text"/> Prénom: <input type="text"/>

**XIII. La demande se compose des formulaires/pièces jointes**

1 - Pension alimentaire  
  2 - Étrangers  
  3 - Propriété foncière  
  4 - Aide à l'insertion  
  6 - Dettes locatives  

**XIV. Les documents suivants sont joints à la demande**

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 Bezirksämter 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

Les informations portées par mes soins dans la demande et les formulaires/pièces jointes afférents sont exhaustives et vraies.

Je m'engage à informer immédiatement l'autorité en charge des prestations (Land de Berlin représenté par les mairies d'arrondissement de Berlin, Service des affaires sociales / Service de la jeunesse et des sports ou Office régional de la santé et des affaires sociales de Berlin / ZLA) selon le § 60 al.1 ch. 2 du livre I du Code social allemand (SGB I), si

- mes conditions personnelles et économiques changent.
- les conditions des membres de mon foyer familial changent.
- je fais une demande de pension ou de prestation similaire.

Par ailleurs, j'ai été dûment informé-e que dans le cas d'un soupçon concret de fraude, une enquête sur les faits selon les §§ 20, 21, 69 et 71 du livre X du Code social allemand (SGB X) peut être ordonnée d'office – sans ma participation.

Il me sera demandé de rembourser les prestations dans la mesure où j'en ai bénéficié à tort, p. ex. parce que j'ai donné des informations erronées intentionnellement ou par négligence grave.

L'autorité en charge des prestations peut selon le livre XII du Code social allemand (SGB XII) ou selon la loi sur les prestations pour demandeurs d'asile (AsylbLG) faire transférer sur lui pour la période durant laquelle j'ai bénéficié de ces prestations mes propres prétentions envers un tiers à des prestations d'un montant correspondant au montant de ses dépenses.

Si des faits correspondants sont avérés, l'organisme d'aide sociale se réserve le droit de faire valoir un remboursement de ses dépenses en vertu des §§ 19 al. 5, 27 al. 3 ou § 92 al. 1 du livre XII du Code social allemand (SGB XII) ou des §§ 7, 9 de la loi sur les prestations pour demandeurs d'asile (AsylbLG). Je devrai rembourser ses dépenses à l'organisme ayant fourni les prestations.

Cette disposition s'applique également si la prétention à remboursement de l'organisme d'aide sociale ne peut être satisfaite vis-à-vis d'autres fournisseurs de prestations engagés et prioritaires (p. ex. organisme de retraite, assurance maladie) pour des raisons de procédure et que j'ai bénéficié pour la même période de prestations de la part des deux fournisseurs de prestations. Dans ces cas, je devrai rembourser les prestations accordées selon le livre XII du Code social allemand (SGB XII) / la loi sur les prestations pour demandeurs d'asile (AsylbLG).

J'ai été informé-e du fait que le versement des cotisations pour mon assurance maladie /et de dépendance se fait directement à la caisse maladie ou caisse de soins.

Signature du demandeur/date	le cas échéant signature du conjoint ne vivant pas séparé
Si la demande n'a pas ou pas entièrement été remplie par le demandeur lui-même	Nom, adresse, le cas échéant service et signature de la personne effectuant la réception/date

## 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)

**Fiche explicative accompagnant la demande d'aide sociale selon le livre XII du Code social allemand (SGB XII) ou de prestations selon la loi sur les prestations pour demandeurs d'asile (AsylbLG)**

En vertu du § 60 du livre I du Code social allemand (SGB I), le demandeur / la demandeuse doit participer à la clarification des faits et à l'identification des conditions nécessaires pour l'octroi des prestations sociales. Le fait de ne pas répondre à des questions peut dans certains cas avoir pour conséquence que les prestations demandées ne pourront pas être accordées. Les limites de cette participation sont fixées au § 65 du livre I du Code social allemand (SGB I).

Vous trouverez ci-dessous une liste des bases juridiques selon lesquelles les données nécessaires ont été recueillies:

**\*Nous n'avons pas traduit les passages suivants. Si vous souhaitez vous informer sur les bases juridiques, veuillez demander de l'aide à une personne possédant des connaissances suffisantes de la langue allemande.**