

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Sachbearbeiter/in: | | ausgegeben am: | |
| Aktenzeichen: | | Eingangsstempel: | |

Antrag auf Sozialhilfe

Für _____ wird
Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) beantragt,

und zwar (Art der beantragten Hilfe):

- Hilfe zum Lebensunterhalt
 Grundsicherung

- Hilfen zur Gesundheit
 Hilfe zur Pflege
 Eingliederungshilfe

- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
 Hilfe in anderen Lebenslagen

Begründung des Antrages, Ursache der Notlage (ggf. weiteres Blatt benutzen):

Hinweis:
Um über Ihren Sozialhilfeantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 des Sozialgesetzbuches I (SGB I). Die Datenerhebung und -verarbeitung erfolgen nach § 67 ff. Sozialgesetzbuch X (SGB X).

Falls eine beteiligte Person die getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, kann dies über einen weiteren Antragvordruck geschehen.

Füllen Sie den Vordruck bitte mit "ja" und "nein" vollständig aus, Streichungen sind nicht ausreichend ! Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen!

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person auf der letzten Seite zu bestätigen.

I. Persönliche Verhältnisse

| | I. 1 | I. 2 | I. 3 |
|--|--|--|--|
| | Antragsteller/-in | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ (Art der Beziehung z. Antragsteller) |
| 1. Name, Vorname | | | |
| 2. ggf. Geburtsname | | | |
| 3. Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| 4. Geburtsdatum | | | |
| 5. Geburtsort/Kreis | | | |
| 6. Anschrift: Straße, Hausnummer, Ortsteil, PLZ, Ort Telefon e-Mail-Adresse | | | |
| 7. Ausweispapiere (Art & Nr.) / bei Spät- aussiedlern Vertriebenen- ausweis (bitte Kopie beifügen) | | | |
| 8. Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| wenn geschieden: Gericht, Datum und Az. des Urteils, Unterhaltsregelung getroffen? (bitte Kopie des Urteils beifügen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | I. 1 | I. 2 | I. 3 |
|---|---|---|---|
| 9. Längerer Aufenthalt im Ausland mit Erwerbstätigkeit? | <input type="checkbox"/> ja (auf separatem Blatt aufschl.) <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja (auf separatem Blatt aufschl.) <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja (auf separatem Blatt aufschl.) <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Staatsangehörigkeit | | | |
| 11. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status | | | |
| 12. derzeitige Beschäftigung | | | |
| 13. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift) | | | |
| 14. falls arbeitslos, seit wann ? | | | |
| 15. bei nicht arbeitslos gemeldeten Nichterwerbstätigen Grund: | | | |
| 16. Schwerbehindertenausweis bzw. Feststellungsbescheid gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen: Antrag gestellt ? | _____ _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 17. gesetzliche/r Betreuer/in/Bevollmächtigte/r: Name: Anschrift: PLZ, Ort: Telefon/E-Mail: (Kopie Ausweis/Vollmacht beifügen) | | | |
| 18. Pflegegrad; Pflegekasse; Vers.Nr.: MdK Gutachten (falls vorhand.) | | | |

II. Weitere Personen im Haushalt

Außer der antragstellenden Person und den unter I aufgeführten Personen leben noch folgende Familienangehörige (Eltern, Kinder, Geschwister usw.) und weitere Personen im **gemeinsamen** Haushalt:

| | II. 1 | II. 2 | II. 3 | II. 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Name, Vorname | | | | |
| 2. Geburtsname | | | | |
| 3. Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich |
| 4. Geburtsdatum | | | | |
| 5. Geburtsort/Kreis | | | | |
| 6. Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. |
| 7. Verwandtschaftsverhältnis/ Stellung z. Antragsteller/in | | | | |
| 8. Staatsangehörigkeit | | | | |
| 9. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtl. Status | | | | |
| 10. Schulabschluss Berufsabschluss | | | | |

| | II. 1 | II. 2 | II. 3 | II. 4 |
|--|---|---|---|---|
| 11. derzeitige Beschäftigung | | | | |
| 12. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift) | | | | |
| 13. falls arbeitslos, seit wann? | | | | |
| 14. bei nicht arbeitslos gemeldeten Nichterwerbstätigen: Grund | | | | |
| 15. Schwerbehindertenausweis gültig bis: | | | | |
| Grad der Behinderung: | | | | |
| Merkzeichen: | <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI |
| Antrag gestellt ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 16. gesetzliche/r Betreuer/in/ Bevollmächtigte/r: Name Anschrift PLZ, Ort Telefon/E-Mail: (Kopie Ausweis/Vollmacht beifügen) | | | | |

III. Angehörige außerhalb des Haushaltes

(getrennt lebende/r oder geschiedene/r Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/in, Kinder, Eltern):
(falls Platz nicht ausreichend, bitte auf gesondertem Blatt fortfahren)

| | III. 1 | III.2 | III. 3 | III. 4 |
|---|---|---|---|---|
| Name, Vorname | | | | |
| Geburtsname | | | | |
| Geburtsdatum / Geburtsort | | | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb. |
| Verwandtschafts- verhältnis (zu Antrag- steller/in) | | | | |
| Anschrift | | | | |
| Beruf | | | | |

Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter Nr. III _____ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von mtl. _____ EUR.

Gericht: _____ Aktenzeichen _____ vom _____

Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter Nr. III _____ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von mtl. _____ EUR.

Gericht: _____ Aktenzeichen _____ vom _____

Von der Person unter Nr. III _____ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von mtl. _____ EUR geleistet.

Von der Person unter Nr. III _____ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von mtl. _____ EUR geleistet.

Falls eine Unterhaltsbeistandschaft besteht, Name und Anschrift des Jugendamtes: _____

IV. Einkommensverhältnisse der Antragsteller/-in und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen

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

Sollten Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen zu machen sein, benutzen Sie hierfür bitte ein Extra-Blatt!

| Angaben Netto monatlich: | <input type="checkbox"/> Antragsteller/-in | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ (Art der Bez. z. Antragsteller/-in) |
|--|--|---|--|
| | zu I. 1 | zu I. 2 | zu I. 3 |
| Art des Einkommens | | | |
| | EUR | EUR | EUR |
| selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| unselbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Weihnachtsgeld / 13. Monatsgehalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| sonst. Zuwendungen d. Arbeitg. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Grundsicherung SGB XII <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Arbeitslosengeld/Alg II <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Unterhaltsgeld / BAB <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| sonst. Leistungen d. Arbeitsag. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kranken-/ Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Altersrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Erwerbsunfähigkeitsrente befr. bis wann? / unbefristet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| andere Renten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| a) aus dem Ausland <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| b) Arbeitsmarktrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| c) Unfallrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| d) _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |

N
A
C
H
W
E
I
S
E

B
E
I
F
Ü
G
E
N
!

| | zu I. 1 | zu I. 2 | zu I. 3 |
|---|---------|---------|---------|
| | EUR | EUR | EUR |
| betriebl. Altersversorgung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Altershilfe für Landwirte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Pension/Ruhegeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Entschädigungsrenten/LAG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Unterhaltshilfe/LAG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Grund-/Elternrente/BVG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kindergeld Kindergeldnummer *: | | | |
| Unterhalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Leistungen USG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| BAföG-Leistungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Pachteinnahmen (auch aus dem Ausland) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Einnahmen aus Land-/ Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Miet-/ Untermieteinnahmen (auch aus dem Ausland) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Einkünfte aus Vermögen (auch aus dem Ausland) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Steuererstattung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| sonstige Einkünfte (z. B. aus Altenteils-/ Überlassungsverträgen, Leibrenten, freies Wohnrecht , private Pflegeversicherung usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| * wenn Kindergeld ja, dann Empfänger der Kindergeldzahlung: _____ | | | |
| Einkünfte aufgrund Pflegebedürftigkeit/Angabe des Pflegegrades <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Vermögenswirksame Leistungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Blindenhilfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sinnesbehindertengeld/ Landesblindengeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sonstiges, Lizenzgebühren, Patentrechte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Ist Einkommen gepfändet oder abgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |

NACHWEISE BEIFÜGEN!

Angaben zur Bereinigung des Einkommens:

| Art der Aufwendung | Antragsteller/-in <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ Art der Bez.z.Antragsteller/-in |
|--|---|---|--|
| | EUR | EUR | EUR |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art des Beförderungsmittels _____ | | | |
| einfache Fahrstrecke/km zum Arbeitsort _____ | | | |
| Beiträge zu Berufsverbänden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| <u>Beiträge zu Versicherungen:</u> | | | |
| Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Rentenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Unfallversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Haftpflichtversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Hausratversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sterbegeldversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Art: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| <u>sonstige Aufwendungen:</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Art: _____ | | | |

NACHWEISE BEIFÜGEN!

Besondere finanzielle Belastungen (mit Begründung der Notwendigkeit):

z. B. Schuldverpflichtungen (bitte Kreditinstitut oder sonstige Gläuber, Höhe des geschuldeten Betrages, mtl. Abtragsleistung, Verwendungszweck angeben):

V. Wohnverhältnisse

(Bitte Nachweise beifügen, z. B. **kompletter Mietvertrag**)

1. Die antragstellende Person ist seit _____

- Mieter/in Untermieter/in Eigentümer/in Bewohner/in einer Einrichtung
einer/eines Wohnung Einfamilienhauses Zwei- oder Mehrfamilienhauses

Mieter/Eigentümer ist: _____

Weitere Miteigentümer/Mitmieter sind: _____

NACHWEISE BEIFÜGEN!

2. Beschaffenheit der Wohnung:

Die Unterkunft hat eine Größe von _____ qm.

Anzahl der Zimmer (ohne Küche/Bad/Flur): _____

Baujahr des Wohnhauses/erstmalige Bezugsfertigkeit: _____

Art der Wärmeversorgung, z. B. Öl, Fernwärme, Gas, Strom: _____

Ein Teil der Unterkunft ist untervermietet. Weitere Angaben hierzu: _____

3. Kosten der Unterkunft

_____ EUR (Kaltmiete)

Betriebskosten: _____ EUR

(Wassergeld, Abwasser- und Müllbeseitigung, Treppenbeleuchtung usw.)

Heizkosten: _____ EUR

(Warmwasserzubereitung in den Heizkosten enthalten: ja nein)

Bei Wohneigentum die Nebenkosten einzeln aufschlüsseln:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wasser / Abwasser _____ EUR | <input type="checkbox"/> Abfallgebühren _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> Heizkosten _____ EUR | <input type="checkbox"/> Schornsteinfeg. _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer _____ EUR | <input type="checkbox"/> Heizungswart. _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> Gebäudeversich. _____ EUR | <input type="checkbox"/> _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> Darlehenszinsen _____ EUR | |
| <input type="checkbox"/> Fäkalienentsorg. _____ EUR | |

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Die Nebenkosten bei Wohneigentum werden als tatsächlicher Bedarf in dem Monat der Fälligkeit berücksichtigt, d.h. in dem Monat in dem sie tatsächlich zu bezahlen sind.

Legen Sie bitte die Nachweise (Kopien der Bescheide / Rechnungen) nach Erhalt unverzüglich vor, damit die Berücksichtigung zeitnah erfolgen kann! Beachten Sie hierbei bitte, dass grundsätzlich keine Erinnerung / Aufforderung zur Vorlage seitens des Jugend- und Sozialamtes erfolgt. Ohne Nachweise können keine Kosten berücksichtigt werden.

Wurde die Miete im Antragsmonat bereits gezahlt?

- ja (ggf. Nachweis vorlegen)
 nein

Bestehen Mietrückstände? ja, in Höhe von _____ EUR; nein

Wurde Räumungsklage eingereicht? ja, am _____ nein

4. Wohngeld

wird bezogen in Höhe von mtl. _____ EUR, zahlende Stelle: _____

wurde beantragt am _____

N
A
C
H
W
E
I
S
E

B
E
I
F
Ü
G
E
N
!

VI. Vermögenserklärung der Antragsteller/in und der im Haushalt lebenden Personen:

Sollten Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen zu machen sein, benutzen Sie hierfür bitte ein Extra-Blatt.

| Art des Vermögens (betrifft auch Vermögen im Ausland) | Antragsteller/-in <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ Art der Bez.z. Antragsteller |
|--|---|---|--|
| | Wert EUR | Wert EUR | Wert EUR |
| Bargeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Bank-/Sparkassen- /Kontokorrent-/Girokonten: <u>Kontoinhaber</u> IBAN: _____ BIC: _____ bei: _____ <u>Kontoinhaber</u> IBAN: _____ BIC: _____ bei: _____ | | | |
| Sparguthaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja IBAN: _____ <u>Kontoinhaber</u> BIC: _____ bei: _____ <u>Kontoinhaber</u> IBAN: _____ BIC: _____ bei: _____ | | | |
| sonstiges Sparguthaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sparverträge bei: _____ | | | |
| Bausparverträge bei: _____ | | | |
| abgetretene Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Aktien/Pfandbriefe/sonst. Wertpapiere <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Lebens-/Sterbegeldversicherungen/ Bestattungsvorsorgeverträge (aktueller Rückkaufswert + Policen der Verträge) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| freiwillige Rentenvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sachwerte (Schmuck, Kunstge- genstände, Sammlungen usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kfz: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Modell: _____ Baujahr: _____ km-Stand: _____ | | | |
| hinterlegte Mietkaution / Genossenschaftsanteile oder ähnliches <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Haus-/Grundbesitz jeglicher Art: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Eigenheim, Eigentumswgh., gewerbl. genutztes Grundstück, land- und forstwirtschaftl. genutztes Grundstück etc.; <u>Einheitswert</u>) wenn vorhanden, Fotos beifügen! | | | |
| Hypotheken/Darlehen, sonst. Forderungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: _____ Schuldner: _____ | | | |
| sonstige Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilsverträgen, freies Wohnrecht, Patentrechte usw.) Art: _____ Schuldner: _____ | | | |

NACHWEISE BEIFÜGEN!

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein

ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben: _____

VII. Sonstige Verhältnisse der antragstellenden Person:

| | |
|---|--|
| 1. Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen? Falls ja: von welcher Behörde? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____ |
| 2. Wurde Arbeitslosengeld/Alg II beantragt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil _____ Kundennummer: _____ |
| 3. Sind Sie bisher einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Haben Sie Rentenversicherungsbeiträge bei einem Rententräger eingezahlt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. bei welchem? _____ |
| 5. Wurde ein Rentenantrag gestellt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ Rentennummer: _____ |
| 6. derzeit Mitglied welcher Krankenkasse (genaue Anschrift) Krankenversichert als: Familierversichert bei: _____ | _____ Monatsbeitrag: _____ EUR <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner Versicherungsnr.: _____ |
| 7. derzeit Mitglied welcher Pflegekasse familierversichert bei: _____ | _____ Monatsbeitrag: _____ EUR |
| 8. beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche (von wem - bei welcher Stelle?) | |
| 9. Aufenthaltsverhältnisse d. antragstellenden Person: | |
| a) bei Heim- oder Anstaltsaufnahme oder Aufnahme in einer Pflegefamilie: Wohnung in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme | |
| b) bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw. oder Wechsel der Pflegefamilie: Wohnung vor der <i>erstmaligen</i> Aufnahme Wer war bisheriger Kostenträger ? | |
| c) bei Heim- oder Anstaltsentlassung: In welcher Einrichtung waren Sie zuletzt untergebracht und bis wann? | |
| d) bei Umzug innerhalb der letzten drei Monate: Von wo zugezogen? Datum des Umzuges | |
| 10. bei Übertritt aus dem Ausland: - Tag und Ort des Grenzübertritts: - Auslandsaufenthalt von _____ bis _____ - letzte Wohnung im Ausland: | |
| 11. bei Ausländern: Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis liegt vor: - zuständige Ausländerbehörde: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 12. Erhalten Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundesseuchengesetz ? ggf. welche ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 13. Haben die vorgenannten Personen (Familienangehörige) Anträge auf Renten, Sozialhilfe etc. gestellt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ |

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| 14. Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste Angehörige ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 15. Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 16. Liegt ein Impfschaden vor ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 17. Ist die Notlage durch einen Unfall oder durch Dritte verursacht worden ? Art des Unfalls: Als Dritter beteiligt: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 18. Person/en aus meiner Familie ist / sind in den letzten 4 Jahren verstorben. (falls ja, bitte Erläuterungen zu Erbfolge, Testament und Pflichtteilsansprüchen auf gesondertem Blatt vornehmen! | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche Personen und wann? _____ |
| 19. Wovon wurde der Lebensunterhalt bisher bestritten ? | | |

Besonderheiten:

Sollte ein Teil der vorgenannten 19 Fragen für den/die Ehegatte/ -in /Lebensgefährte/ -in /Lebenspartner/-in oder andere Haushaltsangehörige relevant sein, füllen Sie bitte die folgenden Zeilen entsprechend aus:

VIII. Erklärung der antragstellenden Person (oder des gesetzlichen Vertreters):

Wahrheit der Angaben

ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.

Ich weiß, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Mitwirkungspflicht

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I - SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinkaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

Überleitung von Ansprüchen

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung des Schuldners die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gem. § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Die Sozialhilfebescheide sollen an

übersandt werden.

Die zu gewährenden Sozialhilfeleistungen sollen auf das Konto IBAN: _____ bei der
_____, BIC: _____, Kontoinhaber/in (Name + Anschrift)

überwiesen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/in

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in Lebensgefährte

Ort, Datum

Unterschrift Aufnehmende/-r

Information zur Erhebung von personenbezogenen Sozialdaten gem. Art. 13, 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Der Schutz Ihrer Sozialdaten, welche für Zwecke der Antrags-, Gutachten-, und Widerspruchsbearbeitung, benötigt und verarbeitet werden, ist gewährleistet. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den gem. Art. 6 Abs. 1 Buchst. c und/oder e und Art. 9 Abs. 2 Buchst. b der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) angepassten Vorschriften in §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden vom zuständigen Jugend- und Sozialamt elektronisch und in Papierform gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung Ihrer Daten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten und variiert (je Leistungsart) zwischen ein und zehn Jahren nach Beendigung des Falles.

Eine automatisierte Entscheidungsfindung im Verwaltungsprozess und bei der Verarbeitung erfolgt nicht.

Wenn das Jugend- und Sozialamt Auskünfte von Dritten benötigt, ist dafür Ihre Einwilligungserklärung, die jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, erforderlich.

Kontaktdaten des zuständigen Leistungsträgers:

Landratsamt Kyffhäuserkreis
Jugend- und Sozialamt
Markt 8
99706 Sondershausen
 **03632 741 561**
 **03632 741 88 561**
 jus@kyffhaeuser.de

Kontaktdaten des/der Datenschutzbeauftragten:

Landratsamt Kyffhäuserkreis
Markt 8
99706 Sondershausen
 **03632 741 521**
 **03632 741 135**
 datenschutz@kyffhaeuser.de

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Art. 15 – 22 DS-GVO i.V.m. §§ 83 – 84 SGB X zu:

- Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten.
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrages führen.
- Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.

Weiterhin steht Ihnen gem. Art. 13 Abs. 2d DS-GVO ein Beschwerderecht bei folgender Stelle zu:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Häßlerstr. 8
99096 Erfurt
 **0361 573112900**
 **0361 573112904**
 poststelle@datenschutz.thueringen.de

Sie nehmen hiermit zur Kenntnis, dass Ihre Sozialdaten, die dem Jugend- und Sozialamt vorliegen und/oder aufgrund Ihrer Einwilligungserklärung zugehen, an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger etc.) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung gem. der Sozialgesetzbücher, übermittelt werden dürfen.

Einer solchen Weitergabe kann jederzeit ohne Angaben von Gründen formlos widersprochen werden.

EINWILLIGUNG

zur Übermittlung des

Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Gutachten des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

von

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Anschrift

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von Pflegeleistungen gegenüber

der Pflegekasse _____

dem Träger der Sozialhilfe Eingliederungshilfe

dem Träger der
Kriegsopferfürsorge _____

erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung des oben angegebenen Gutachtens.

Ich wurde auf meine in §§ 60 ff. geregelten Pflichten zur Mitwirkung, auf die Grenzen der Mitwirkungen (§ 65 SGB I) und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 66 SGB I) hingewiesen. Des weiteren wurde ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Übermittlung des Gutachtens an den oben genannten Leistungsträger nach § 35 SGB I in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X zulässig ist. Ich wurde in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich auf mein in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X geregeltes Widerspruchsrecht zu Beginn des Antragsverfahrens hingewiesen, von dem ich keinen Gebrauch mache.

Ort, Datum

Unterschrift

Zu- und Vorname: _____ geb. am: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Schweigepflichtsentbindung

(§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuches X – Verwaltungsverfahren)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landratsamt Kyffhäuserkreis die für die Bearbeitung meines Antrages auf:

Eingliederungshilfe

erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Gutachten, Entlassungsberichte/ Zwischenberichte, Befundberichte, im notwendigen Umfang zur Einsicht bezieht bzw. an Behörden, weiterleiten darf, sofern dies in unmittelbarem Zusammenhang mit der beantragten Hilfe erforderlich ist.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich nicht auf:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Mietbescheinigung zum Nachweis der mtl. Mietkosten bei beabsichtigter Neuanmietung (Mietangebot)

Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Mieter/Mietinteressent | | |
| Name | Vorname | <input type="checkbox"/> Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter |
| PLZ, Wohnort | Straße, Hausnummer | |
| Telefon: | Verwandtschaftsverhältnis zum Vermieter <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> verschwägert | |

Angaben zum Mietobjekt

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Einliegerwohnung |
| Baujahr des Gebäudes | | |
| PLZ, Wohnort (Stadt, Gemeinde) | Stadt-/Ortsteil | |
| Straße, Hausnummer | Stockwerk, Lage im Stockw. | |
| Gesamtwohnfläche des Gebäudes (Angabe nur erforderlich bei Öl, Erdgas und Fernwärme): <input type="checkbox"/> bis 250 qm <input type="checkbox"/> 251 qm - 500 qm <input type="checkbox"/> 501 qm - 1000 qm <input type="checkbox"/> über 1000 qm | | |
| Gesamtfläche der Wohnung (qm) | davon untervermietet (qm): | davon ausschließlich gewerblich/beruflich genutzt (qm): |
| Anzahl der Räume ohne Küche/Bad | eigene Küche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | eigenes Bad oder Dusche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die Wohnung ist ausgestattet mit Sammelheizung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja > Sammelheizung ist eine Heizungsanlage, bei der an der Stelle des Gebäudes (Zentralheizung), der Wirtschaftseinheit (Blockheizung) oder der Wohnung (Etagenheizung) ein Wärmeträger - insbesondere Wasser - mit Hilfe beliebiger Energiearten (z. B. Kohle, Öl, Gas, Strom) erwärmt wird und an die alle Wohn- und Schlafräume der Wohnung(en) angeschlossen sind. | | |
| Aufbereitung von Warmwasser erfolgt <input type="checkbox"/> zentral über Heizung /o.g. Sammelheizung <input type="checkbox"/> separat über Boiler <input type="checkbox"/> separat über Durchlauferhitzer <input type="checkbox"/> _____ (Sonstiges) | Heizung <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Fernheizung <input type="checkbox"/> Nachtspeicher <input type="checkbox"/> Gastherme <input type="checkbox"/> Einzelöfen <input type="checkbox"/> _____ | Art der Beheizung / Brennstoff <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Steinkohle <input type="checkbox"/> Braunkohle <input type="checkbox"/> Koks <input type="checkbox"/> Brennholz <input type="checkbox"/> Holzpellets <input type="checkbox"/> Propangasflasche <input type="checkbox"/> (Normal-)Strom <input type="checkbox"/> Nachtspeicheröfen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Verhältnis bei mehreren Brennstoffen _____ |

Angaben zum Mietverhältnis und zu der Miethöhe

| Beginn des Mietverhältnisses (genaues Einzugsdatum): | | Anzahl der in der Wohnung lebenden Personen: | |
|---|---|--|------------|
| Netto-Kaltmiete (Grundmiete ohne Nebenkosten) | | _____ EUR (mtl.) | |
| Betriebskosten | | _____ EUR (mtl.) | |
| sonstige Umlagen/Zuschläge (insoweit Sie Ihnen bekannt sind) | in Betriebskosten enthalten (zutreffendes ankreuzen) | | EUR (mtl.) |
| | ja | nein | |
| <input type="checkbox"/> Müllgebühren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Pflicht zum Kabelanschluss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Betriebskosten für TV-Anschlüsse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Untermietzuschlag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Zuschlag für gewerbl./berufl. Nutzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Zuschlag Kühlschrank-/Waschmaschine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Kosten Garage/PKW Stellplatz <input type="checkbox"/> pflichtig <input type="checkbox"/> nicht pflichtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Zuschlag für <input type="checkbox"/> Teil-/ <input type="checkbox"/> Vollmöblierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Brutto-Kaltmiete | | _____ EUR (mtl.) | |
| Heizkosten | | _____ EUR (mtl.) | |
| Warmwasserkosten sind enthalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Heizkostenzahlung erfolgt an: <input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Versorgungsunternehmen <input type="checkbox"/> Brennstoffe werden selbst beschafft | |
| zu zahlende monatliche Gesamtmiete ab _____ | | mtl. _____ EUR | |
| Angaben bei beabsichtigten Abschluss eines Mietvertrages | | | |
| <input type="checkbox"/> Kautions fällig bei Vertragsabschluss i.H.v. _____ EUR entspricht _____ Monatsmieten (netto Kaltmieten) | | | |
| <input type="checkbox"/> Erwerb von Genossenschaftsanteilen im Wert von _____ EUR notwendig | | | |
| <input type="checkbox"/> Ratenzahlung Kautions/Genossenschaftsanteile möglich _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Sie haben <input type="checkbox"/> eine Mietvorauszahlung <input type="checkbox"/> ein Mietdarlehen in Höhe von _____ EUR am _____ gezahlt. | | | |
| Die Miete mindert sich dadurch vom _____ bis _____ um monatlich _____ EUR. | | | |
| Mietrückstände <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR für Zeitraum _____ | | | |
| Bankverbindung des Vermieters (Bankverbindung nur erforderlich, wenn der Mieter die Zahlung an den Vermieter wünscht oder von der Behörde die Zahlung an den Vermieter angeordnet wurde, da die zweckentsprechende Verwendung nicht sichergestellt ist): | | | |
| Bank/Geldinstitut | BIC | IBAN (Mieterkonto) | |
| Es wird versichert, dass die angegebene Miete und die übrigen Angaben den Tatsachen entsprechen und weitere Absprachen nicht getroffen wurden. | | | |
| Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt des Informationsblattes nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) | | | |
| Ort, Datum | | Unterschrift des Vermieters | |

Formblatt Erbansprüche

Name, Vorname

1. Folgende Person/en aus meiner Familie ist/sind in den letzten 4 Jahren verstorben:

Kind

Elternteil

Ehepartner

eingetragener Lebenspartner

(Die Fragen 2 bis 5 sind nur zu beantworten, soweit tatsächlich ein Sterbefall vorlag!)

2. Wurden Sie per Testament von der Erbfolge ausgeschlossen?

Ja

Nein

3. Wurden bereits Pflichtteilsansprüche nach Erbausschluss geltend gemacht?

Ja

Nein

4. Wenn ja, gegen wen wurden Pflichtteilsansprüche geltend gemacht?

Name und Anschrift: _____

Name und Anschrift: _____

5. Soweit Sie bisher keine Pflichtteilsansprüche geltend gemacht haben - wer ist Erbe nach dem/der Verstorbenen geworden?

Name und Anschrift: _____

Name und Anschrift: _____

Wir machen darauf aufmerksam, dass unvollständige oder wahrheitswidrige Angaben als Betrug gemäß § 263 Strafgesetzbuch strafbar sein können und zur Anzeige gebracht werden.

Ort, Datum

Unterschrift