

# Weitergewährungsantrag auf Sozialhilfe



Ansprechpartner:  
**Sozialhilfeverwaltung**

Tel.: 08092/823-0

Fax: 08092/823-210

Mail: [sozialamt-leistung@lra-ebe.de](mailto:sozialamt-leistung@lra-ebe.de)

Landratsamt Ebersberg  
Sozialhilfeverwaltung, Asyl  
Eichthalstraße 5  
85560 Ebersberg

## Vollzug des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, SGB XII; Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Bitte füllen Sie den Antrag in Ihrem Interesse wahrheitsgemäß und vollständig aus!  
Bei nicht vollständig ausgefüllten Anträgen können keine Zahlungen geleistet werden!

### Angaben zum Antrag

Ich habe bisher bereits

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt

vom Landratsamt Ebersberg bezogen und betrage, diese weiterhin zu gewähren.

Dem Antrag sind **zwingend folgende Unterlagen** beizufügen:

- lückenlose Kontoauszüge aller vorhanden Konten für die letzten drei Monate
- die letzte Nebenkostenabrechnung (falls diese bisher noch nicht vorgelegt wurde)

### Persönliche Angaben

	Antragsteller	Ehegatte / Lebenspartner
Familiename (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Telefonnummer		
Staatsangehörigkeit		
Schwerbehinderten- ausweis	Gültig bis: _____ Merkzeichen _____	Gültig bis: _____ Merkzeichen _____

<b>Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (zutreffendes bitte ausfüllen)</b>		
Duldung	Gültig bis:	Gültig bis:
Niederlassungs- erlaubnis	Gültig bis:	Gültig bis:
Aufenthaltserlaubnis	Gültig bis:	Gültig bis:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet seit wann: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet seit wann: _____
Bei Scheidung: Gericht, Datum und Ak- tenzeichen des Urteils		

## Familienverhältnisse

Bitte geben Sie alle Personen an,  
die noch in der Haushaltsgemeinschaft leben

keine Änderungen

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit				
<b>Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (zutreffendes bitte ausfüllen)</b>				
Duldung	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:
Niederlassungser- laubnis	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:
Aufenthaltserlaubnis	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:	Gültig bis:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner- schaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner- schaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner- schaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner- schaft <input type="checkbox"/> verwitwet

## Einkommen

(Bitte monatliche Beträge in Euro angeben!)

keine Änderungen

Art des Einkommens	monatlicher Betrag

## Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge

(Bitte monatliche Beträge in Euro angeben!)

keine Änderungen

	monatlicher Betrag
Krankenkasse (freiwillige Beträge)	
Private Krankenversicherung	
Haftpflichtversicherung	
Hausratversicherung	
Lebensversicherung	
Unfallversicherung	
sonstiges (bitte beschreiben)	

## Vermögen

(Bitte Beträge in Euro angeben!)

keine Änderungen

	Betrag
Bargeld	
Kontostand Girokonto	
Kontostand Sparbuch	
sonstiges Vermögen (bitte beschreiben) (z. B. Wertpapiere, Lebensversicherung, Haus- und Grundbesitz, Eigentum, Kraftfahrzeuge)	

## Kosten der Unterkunft

(Bitte Beträge in Euro angeben!)

1.  ich /wir wohne/n **mietfrei**

2.  **Miete**

keine Änderungen

Zahl der Personen in der Wohnung		
Wohnfläche	Quadratmeter	Zimmer
Kaltmiete		
Nebenkosten laut Mietvertrag		
Heizungskosten laut Mietvertrag		
Sonstige Kosten		

3.  Haus-/ Wohnungseigentum

keine Änderungen

Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist bei Veränderung der Kosten eine Berechnung über die Kosten / Belastungen vorzulegen.

# Bankverbindung

keine Änderungen

IBAN	
BIC	
Name und Sitz des Geldinstituts	
Name und Vorname des Kontoinhabers	

## Erklärung

Den Antrag auf Weiberbewilligung von Sozialhilfe habe ich/haben wir wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet bin/sind, alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben und die verlangten Nachweise beizufügen. Komme/n ich/wir meiner/unser Mitwirkungspflicht nicht nach, wenn ich/wir Sozialhilfe beantragt habe/n oder beziehe/n, so kann die Leistung versagt oder entzogen werden (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).

Wenn und solange ich/wir Sozialhilfeleistungen erhalte/n, werde/n ich/wir **alle Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse** (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögen, Aufenthaltsverhältnisse, etc.) **unverzüglich und unaufgefordert mitteilen**.

Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

## Raum für sonstige Mitteilungen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lebens-/Ehepartner/in

---

Hinweise zum Datenschutz erhalten Sie unter <https://lra-ebe.de/service/hinweise-nach-eu-dsgvo/> oder bei der/dem für Sie zuständige/n Sachbearbeiter/in.