



**Hinweis nach § 67a Abs. 3 SGB X:** Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 – 128 SGB XII).

**Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):** Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 des Sozialgesetzbuches (SGB) (Erstes Buch- Allgemeiner Teil) erhoben.

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe  
 für Kinder und Jugendliche und junge Volljährige**  
 nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

gewünschte Leistung: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Einrichtung/ des Anbieters:

Beginn der Leistung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Persönliche Verhältnisse	a) der nachfragenden Person	b) der Eltern (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)	
		Vater	Mutter
Familienname			
Geburtsname, ggf. frühere Namen			
Vornamen			
Geburtsdatum, Geburtsort, Land			
Ggf. Sterbedatum, Sterbeort			
Wohnort mit Postleitzahl			
Straße, Ortsteil, Hausnummer			
Telefon/E-Mail			
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend		
<b>Staatsangehörigkeit</b>	Deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____		Deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Bei Ausländern Passkopie und ggf. Elektronischen Aufenthaltstitel beifügen			
Zuletzt ausgeübter Beruf /Arbeitgeber			
<b>Rentenversicherung</b>			
<b>Krankenversicherung:</b> Das Kind ist    selbst <input type="checkbox"/> mit seinem Vater <input type="checkbox"/> mit seiner Mutter <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> krankenversichert bei der Anschrift:			
<b>Sorgeberechtigt:</b>	Vater : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Mutter : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Pflegekind:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Name der Pflegeeltern:</b>			
<b>Anschrift:</b>			
<b>ggf. Betreuung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    (Kopie des Betreuerausweises beifügen) Name, Anschrift: _____ Tel.Nr. / Fax: _____			

1.1 Aufenthalt in den letzten 6 Monaten vor Hilfebeginn
a) von _____ bis _____ : _____ <input type="checkbox"/> elterliche Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges
b) von _____ bis _____ : _____ <input type="checkbox"/> elterliche Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges
(*) für weitere Erklärungen bitte ggf. Beiblatt verwenden
bei Übertritt aus dem Ausland: Datum und Ort des Grenzübertritts: _____

2. Sonstige Personen, mit denen die nachfragende Person in Haushaltsgemeinschaft lebt			
2.1 Familienname (ggf. auch Geburtsname)			
2.2 Vorname(n)			
2.3 Geburtsdatum			
2.4 Familienstand/Verwandtschafts- verhältnis zur nachfragenden Person			
2.5 Staatsangehörigkeit			
2.6 Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.7 Ausgeübter Beruf			

3. Sonstige Angaben	
3.1 Beihilfeanspruch der nachfragenden Person oder der Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beihilfeberechtigter: _____ Beihilfe gewährende Stelle _____	
3.2 Dauernde Behinderung, Krankheit besteht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Die Behinderung ist Folge eines</b>	
- Unfalls	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
- eines Impfschadens	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
- schuldhaften Verhaltens Dritter	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ggf. Grad der Behinderung _____ % festgestellt.. Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt) (Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!)	_____
3.3 Besteht eine wesentliche Sehbehinderung? (Falls ja, bitte Sehschärfe angeben!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.4 Werden jetzt oder wurden bereits früher Sozialleistungen /Kriegsopferfürsorge bezogen? (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
vom _____ bis _____ Behörde: _____ Hilfeart: _____	
3.5 Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt (z. B. Renten, Kindergeld, Blindengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Wohngeld, Pflegeversicherung, Krankengeld, Ent- schädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz) Datum, Behörde, Az.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	
3.6 Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide zur Einsichtnahme beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) und Opferentschädigungsgesetz (OEG) (Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen)			
4.1 Haben die Person, für die Leistungen beantragt werden, oder nachstehend genannte Angehörige, Schädigungen erlitten? (ggf. bitte Bescheid des Zentrum Familie und Soziales (Versorgungsamt) beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung, <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr, <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes oder <input type="checkbox"/> durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff (Gewalttat)		
4.2 Sind Angehörige der Person, für die Leistungen beantragt werden, aufgrund nebenstehender Ereignisse verstorben? (ggf. bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung gefallen / vermisst, <input type="checkbox"/> an Kriegsleiden gestorben, <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben oder <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes verstorben <input type="checkbox"/> durch eine Gewalttat		
<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Kind			
Name	Geburtsdatum	MdE; v.H.	Sterbedatum

**5. Wirtschaftliche Verhältnisse der nachfragenden Person, der Eltern**

5.1 Einkommensverhältnisse (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)			
Einkommensart <sup>1)</sup> (Alle Einkünfte sind anzugeben und zu belegen)	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z. B. Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	Monatlich in Euro	
		Brutto	Netto
Person, für die Hilfe beantragt wird			
Vater			
Mutter			
<input type="checkbox"/> falls kein Einkommen: wovon wurde zuletzt der Lebensunterhalt bestritten:			

1) **Beispielhafte Einkommensangaben:**

Arbeitnehmertätigkeit	Altersrente/Landw. Altersgeld	BAFöG	Zinsen
Selbständige Tätigkeit	Witwen-, Hinterbliebenenrente	Berufsausbildungsbeihilfe	Mieteinnahmen
Krankengeld	Erwerbsminderungsrente	Überbrückungsgeld	Pachteinnahmen
Arbeitslosengeld I	Unfallrente (...%)	Blindengeld	Unterhalt
Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	Pension	Kindergeld	Rente aus privater Versicherung
Wohngeld	BVG-Rente		Hilfe zum Lebensunterhalt
Übergangsgeld	Betriebsrente/Zusatzrente		Grundsicherung

5.2 Vom Einkommen absetzbare Beiträge und besondere Belastungen (Nachweise bitte beifügen!) (z. B. Versicherungen, Fahrtkosten zur Arbeitsstelle etc.; bei Fahrten zur Arbeit mit dem PKW bitte einfache Entfernung angeben!)		
Person (Einkommensbezieher)	Bezeichnung der Ausgabe	Betrag in EUR (monatlich)

**5.3 Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)**

Nr. 5.3 – 5.6 nur bei folgenden Hilfen:  
 Ferienbetreuung über 20 Tage und Assistenzleistungen während der Ferien  
 Behindertenfahrdienst, Hilfen nach dem Bayerischen Schulfinanzierungsgesetz BaySchFG  
 Hilfsmittel, behindertengerechter Wohnraum  
 Hochschulhilfen

Nachfragende Person	Eltern
<b>Spar- und Bankguthaben</b> <input type="checkbox"/> ich habe kein Spar- oder Bankguthaben <input type="checkbox"/> ich habe Spar- oder Bankguthaben bei	<b>Spar- und Bankguthaben</b> <input type="checkbox"/> ich habe kein Spar- oder Bankguthaben <input type="checkbox"/> ich habe Spar- oder Bankguthaben bei
Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____	Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____
Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____	Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____
Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____	Bankinstitut _____ Kontostand € _____ Kontonummer _____
<input type="checkbox"/> Verträge zu Gunsten Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begünstigter Institut _____ Konto- bzw. Versicherungs-Nummer _____	<input type="checkbox"/> Verträge zu Gunsten Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begünstigter Institut _____ Konto- bzw. Versicherungs-Nummer _____
<b>Bargeld:</b> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld i.H.v. _____ €:	<b>Bargeld:</b> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld i.H.v. _____ €

<b>Haus- und Grundbesitz</b> <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz (Lage, Adresse, Art etc.)	<b>Haus- und Grundbesitz</b> <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz (Lage, Adresse, Art etc.)
<b>Lebensversicherung (Versicherungsschein in Kopie beifügen)</b> <input type="checkbox"/> Ich besitze keine Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> Ich besitze folgende Lebensversicherungen Name und Anschrift der Gesellschaft: _____ Versicherungs- Nr.: _____ Begünstigter: _____ Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn): _____ (Nachweis beifügen)	<b>Lebensversicherung (Versicherungsschein in Kopie beifügen)</b> <input type="checkbox"/> Ich besitze keine Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> Ich besitze folgende Lebensversicherungen Name und Anschrift der Gesellschaft: _____ Versicherungs- Nr.: _____ Begünstigter: _____ Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn): _____ (Nachweis beifügen)
<b>Sonstige Vermögenswerte</b> (ggf. bitte genauere Beschreibung und Höhe, Erläuterung auf gesondertem Blatt) <input type="checkbox"/> Ich verfüge über <input type="checkbox"/> Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) <input type="checkbox"/> Bausparverträge <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge <input type="checkbox"/> wertvolle Sammlung <input type="checkbox"/> Schmuck, Bilder usw. <input type="checkbox"/> Edelmetall (Gold, Silber usw.) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte	<b>Sonstige Vermögenswerte</b> (ggf. bitte genauere Beschreibung und Höhe, Erläuterung auf gesondertem Blatt) <input type="checkbox"/> Ich verfüge über <input type="checkbox"/> Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) <input type="checkbox"/> Bausparverträge <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge <input type="checkbox"/> wertvolle Sammlung <input type="checkbox"/> Schmuck, Bilder usw. <input type="checkbox"/> Edelmetall (Gold, Silber usw.) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte

<b>5.4 Schulden (bitte durch geeignete Unterlagen belegen!)</b>			
Name des Gläubigers, des Schuldners, Grund und Zeitpunkt der Schuldaufnahme	derzeitige Restschuld EUR	Zinsen mtl. EUR	Tilgung, Raten mtl. EUR

<b>5.5 Vertraglich gesicherte Ansprüche</b>	<b>Vertraglich gesicherte Ansprüche</b>
<input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbsprüche, Darlehen, Schadensersatz, etc.)	<input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbsprüche, Darlehen, Schadensersatz, etc.)
Eine Kopie des entsprechenden Vertrages ist beizulegen.	Eine Kopie des entsprechenden Vertrages ist beizulegen.

<b>5.6 Vermögensabgabe / Schenkung</b>
Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt: _____ Höhe: _____ Art: _____ Empfänger, Anschrift: _____ Grund, Anlass: _____ (Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

<b>6. Bankverbindung (Geldleistungen können auf folgendes Konto überwiesen werden)</b>	
Kontoinhaber:	Konto-Nr.:
Geldinstitut:	BLZ:

