

**Bezirk Mittelfranken**  
**-Sozialreferat-**  
 Danziger Str. 5  
 91522 Ansbach

Eingangsstempel Bezirk Mittelfranken

falls bekannt, Az:

## Antrag auf Gewährung von Leistungen

- in einer Förderstätte       bei einem anderen Leistungsanbieter  
 in einer WfbM                       für ein Budget für Arbeit

Wo: \_\_\_\_\_  
 Ab wann: \_\_\_\_\_

### Unzutreffendes ist zu streichen!

1. Persönliche Verhältnisse	a) des Antragstellers	b) des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) bzw. des Lebenspartners	
Name (ggf. auch Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum	geb. am		
	in		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <b>seit</b>		
Staatsangehörigkeit/ausländerrechtl. Status <b>bitte Nachweis beifügen</b>			
In Deutschland lebend seit Geburt falls <b>nein</b> , Jahr des Zuzugs	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein
PLZ, Wohnort			
Straße, Nr.			
Telefon			
Beruf			
Arbeitgeber			
zuletzt <b>krankenversichert</b> bei _____ (Mitgliedsnr.)			
	vom      bis	vom      bis	vom      bis
zuletzt <b>rentenversichert</b> bei _____			
	vom      bis	vom      bis	vom      bis

**2. Sonstige Personen, mit denen die nachfragende Person noch in Haushaltsgemeinschaft (auch Lebensgefährte/in) lebt:**

Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde				
Krankenkasse				
Höhe des Einkommens (mtl. netto)				

**3. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (und Nebengesetzen)**

(ggf. Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen!)

- a) Haben die nachfragende Person oder deren im folgenden genannten Angehörige Schädigungen erlitten
- durch Kriegseinwirkung (Bundesversorgungsgesetz),
  - im militärischen Dienst der Bundeswehr (Soldatenversorgungsgesetz) oder
  - bei Ausübung des Zivildienstes (Zivildienstgesetz)?

nein  ja falls ja,

Nachfragende Person	_____	GdS	_____
Ehegatte	_____	GdS	_____
Elternteil	_____	GdS	_____
	(Name)		

- b) Sind Angehörige der nachfragenden Person
- durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst (Bundesversorgungsgesetz),
  - an Kriegsleiden verstorben (Bundesversorgungsgesetz),
  - im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben (Soldatenversorgungsgesetz), oder
  - bei der Ausübung des Zivildienstes verstorben (Zivildienstgesetz)?

nein  ja falls ja,

Ehegatten	(bei Wiederverheiratung auch früherer Ehegatte)	_____	(Name, Geburtsdatum)
Kinder	(ehelich, für ehel. Erklärte, adoptierte, nichtehel. Stief-/Pflegekinder, Enkel)	_____	(Name, Geburtsdatum)
Elternteil		_____	(Name, Geburtsdatum)

**4. Sonstige Angaben**

- a) Hat der Antragsteller eine gesetzliche Betreuung bzw. besteht eine Vollmacht?  
 nein  ja Amtsgericht \_\_\_\_\_  
 falls ja, Name u. Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten:  
 (bitte Kopie des Betreuerausweises vorlegen) \_\_\_\_\_
- b) Dauernde Behinderung, Krankheit besteht  ja  nein  
 Ursache (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit) \_\_\_\_\_
- c) Hat der Antragsteller einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein  
 (falls ja, bitte Kopie beifügen)
- d) Wird jetzt oder wurde in den letzten sechs Monaten Eingliederungshilfe bezogen?  ja  nein  
 vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Behörde: \_\_\_\_\_  
 vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Behörde: \_\_\_\_\_  
 vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Behörde: \_\_\_\_\_

e) Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt?  ja  nein  
(z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rehabilitationsleistungen)  
\_\_\_\_\_ (Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen)

f) Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide beifügen)  ja  nein

### 5. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

a) Datum der Einrichtungsaufnahme: \_\_\_\_\_  
b) derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_  
c) tatsächliche Aufenthaltsorte (polizeiliche Meldung nicht ausschlaggebend) während der letzten 6 Monate **vor der Aufnahme** in die Einrichtung (ggf. gesondertes Blatt beifügen)

d) bei Übertritt aus dem Ausland, Datum und Ort des Grenzübertritts: \_\_\_\_\_

**Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.**

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfegewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Hierzu verweisen wir auf die dem Antrag beigefügten Hinweise.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.

Sonstige Angaben:

Geldleistungen können gezahlt werden auf:

IBAN

Bankinstitut

BIC

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw.  
seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

### Hinweise zum Datenschutz

Unsere ausführlichen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.bezirk-mittelfranken.de/datenschutz](http://www.bezirk-mittelfranken.de/datenschutz).