

1.) Persönliche Angaben zum Antragsteller und seinem Ehegatten/Lebenspartner

	Antragsteller	Ehepartner / Lebenspartner
Nachname		
ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Staatsangehörigkeit		
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (zutreffendes bitte ausfüllen)		
<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis	Gültig bis/seit:	Gültig bis/seit:
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft
Seit wann besteht der genannte Familienstand?		
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____
Besteht eine Betreuung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie Pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____
Erhalten Sie Pflegegeld?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ €
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Benötigen Sie eine spezielle, kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

2.) Familienverhältnisse (weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Nachname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft
Verhältnis zum Antragsteller				

3.) Falls der Antragsteller ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Nummer 2 ein nichteheliches Kind aufgeführt ist

Name des Kindes		
Name und Anschrift des Unterhaltspflichtigen		
Name und Anschrift des Vormunds, Pflegers, Betreuers		
Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages pro Monat		

4.) Unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder & Eltern des Antragstellers)

Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Name, Vorname	Beruf	Verfügen Ihre Kinder über ein erhebliches Einkommen (100.000 € jährlich)?
		<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 <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leben Ihre Eltern noch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Name, Vorname	Beruf	Verfügen Ihre Eltern über ein erhebliches Einkommen (100.000 € jährlich)?
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

5.) Ansprüche

	Antragsteller	Ehepartner/Lebenspartner
Haben Sie Ansprüche, von denen Sie noch keine Leistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja : <input type="checkbox"/> Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Renten <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigter <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja : <input type="checkbox"/> Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Renten <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigter <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Erhalten bzw. haben Sie Anspruch auf Rentenzahlungen in Deutschland?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde der Rentenanspruch gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Erhalten bzw. haben Sie Anspruch auf ausländische Renten/Pensionen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie die Grundrentenzeiten (33 Jahre) erreicht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Rentenansprüche auf freiwilliger Grundlage erworben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Erhalten bzw. haben Sie Anspruch auf eine Betriebsrente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

6.) Einkommensverhältnisse im In- und Ausland

	Antragsteller	Ehepartner/Lebenspartner
Erhalten Sie monatliches Einkommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Welche Renten erhalten Sie? (bitte jeweils die aktuellen Beträge angeben)		
Altersrente		
Berufsunfähigkeitsrente		
Erwerbsunfähigkeitsrente		
- auf Dauer		
- auf Zeit (zeitlich befristet)		
Knappschaftsrente		
Hinterbliebenenrente		
Unfallrente		
Betriebsrente		
Renten nach dem BVG (z. B. Grund-, Ausgleichsrente)		
Pensionen, Leibrenten u. ä.		
Sonstige Renten:		
Sonstige Einkommen:		
Arbeitnehmertätigkeit		
Gewerbe, Handel		
Sozialleistungen (Jobcenter, etc.)		
Miet-/Untermieteinnahmen		
Eink. aus Landwirtschaft oder Pachtvertrag		
Besteht Anspruch auf Austragsleistung		
Landwirtschaftl. Altersgeld		
Kindergeld		
Krankengeld		
Krankenhaustagegeld		
Mutterschaftsgeld		
Unterhalt		
Lastenausgleich		
Wohngeld		
Eink. aus Kapitalvermögen (Zinsen, etc.)		
Liegen Einkünfte aus Wohnrechten, Nießbrauchsrechten, Altenteilsrechten, u. a. vor?		
Sonstiges		

7.) Vom Einkommen evtl. absetzbare Beiträge in EUR

	Antragsteller		Ehepartner/Lebenspartner	
Hausratsversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Glasversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Kfz-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
VdK-Beitrag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Sonstige Versicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich

8.) Arbeitstätigkeit / Minijob / Selbstständig

	Antragsteller		Ehepartner/Lebenspartner	
Sind Sie Erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Arbeitgeber: (Name, Anschrift)				
Dort angestellt seit:				
Kilometeranzahl zum Arbeitsplatz				
Monatlicher Verdienst:	EUR		EUR	
Variiert das Gehalt monatlich?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

9.) Vermögensverhältnisse im In- und Ausland

	Antragsteller	Ehepartner/Lebenspartner
Wie viele Bankkonten besitzen Sie?		
Angabe der Kontonummern: (bei mehr als 3 Konten bitte die weiteren auf ein leeres Blatt auflisten)		
Verfügen Sie über Bargeld:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Höhe des Bargeldes:		
Sparguthaben:		
Wertpapiere:		
Aktien:		
Geldanlagen:		
Bausparvertrag:		
Wertgegenstände: (Schmuck, Gemälde, etc.)		
Haben Sie Haus- und Grundbesitz im In- oder Ausland?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Lage der Immobilie:		
Wert der Immobilie:		
Sind Sie Eigentümer eines Autos?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verkaufswert des Autos:		
Sonstiges Vermögen:		
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, übergeben, verschenkt oder auf Ansprüche verzichtet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurden Verträge zu Gunsten Dritter abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bestehen gesicherte Ansprüche gegenüber Dritter?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Erfolgt Kontenumschreibungen in den letzten 10 Jahren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Erfolgt Kontenaufösungen in den letzten 10 Jahren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

10.) Kapital-Versicherungen

	Antragsteller	Ehepartner/Lebenspartner
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rückkaufswert:		
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rückkaufswert:		
Riester-Rente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rückkaufswert:		
Sonstige Versicherung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rückkaufswert:		

11.) Wohnverhältnisse und monatliche Kosten der Unterkunft in EUR

Miete	
Gesamtanzahl der Bewohner	_____ Personen
Bezahlen Sie Miete?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Vermieter (Name, Anschrift)	
Kaltmiete	EUR
Betriebskosten <input type="checkbox"/> Pauschale <input type="checkbox"/> Vorauszahlungen	EUR
Heizkosten <input type="checkbox"/> Pauschale <input type="checkbox"/> Vorauszahlungen	EUR
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Gas
Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral (= Boiler)
Wohnfläche in m ²	
Pkw-Stellplatz	EUR
Anmietung Wohnung ohne Pkw-Stellplatz möglich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wohneigentum	
Gesamtanzahl der Bewohner	_____ Personen
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Gas

12.) Sonstiges

Sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Name der Krankenversicherung	
Wie sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig Versichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> privat Versichert
Besteht ein Beihilfeanspruch gegenüber dem Dienstherrn (z. B. Beamter, Pensionär)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Heim- oder Anstaltsunterbringungen in den letzten 2 Monaten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Bestanden bzw. bestehen Aufenthaltszeiten im Ausland?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Wurden Leistungen bei einem anderen Sozialhilfeträger beantragt? (z. B. Bezirk Schwaben für ambulant betreutes Wohnen, Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, ...)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:

13.) Bankverbindung

Die evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich auf folgendes Konto zu zahlen:	
Name, Vorname des Kontoinhabers	
Name des Geldinstitutes	
IBAN	_____
BIC	_____

14.) Bitte reichen Sie uns die nachstehenden Unterlagen vollständig ein

Dokumentenart	Liegt anbei	Trifft auf mich/uns nicht zu
Zu Nummer 1 (Persönliche Daten):		
Kopie der Aufenthaltserlaubnis/Fiktionsbescheinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Scheidungsurteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Schwerbehindertenausweises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Betreuerausweises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Nachweises über den Pflegegrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Pflegegeldbescheides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Mutterpasses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Bescheinigung der speziellen, kostenaufwändigen Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Nummer 6 (Einkommen):		
Kopie des Erstrentenbescheides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopien der aktuellen Rentenmitteilungen <i>aller</i> Renten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Krankengeldbescheides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Wohngeldbescheides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Nummer 7 (Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge):		
Kopie der aktuellen Versicherungspolice <i>aller</i> Sach-Versicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Kontoauszuges, auf welchem die Vdk-Abbuchung ersichtlich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Nummer 8 (Arbeitstätigkeit/Minijob/Selbstständig):		
Kopie des Arbeitsvertrages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der letzten Verdienstbescheinigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Kontoauszuges, auf welchem der Zufluss des letzten Lohns ersichtlich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der Gewinn- und Verlustrechnung (bei Selbstständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des letzten Steuerbescheides (bei Selbstständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Nummer 9 (Vermögensverhältnisse im In- und Ausland):		
Kopien der kompletten lückenlosen Kontoauszüge der letzten 3 Monate <i>aller</i> Konten (Giro- und Sparkonten) <i>Bitte beachte Sie, dass die Kontoauszüge vollständig lesbar sind. Umsatzübersichten sind getrennt nach Monaten mit den jeweiligen Anfangs- und Endkontostände vorzulegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopien von Unterlagen bezüglich der Immobilie (z. B. Katasterauszug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Fahrzeugscheins (Zulassungsbescheinigung Teil 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Nummer 10 (Kapital-Versicherungen):		
Kopie der aktuellen Versicherungspolice <i>aller</i> Kapital-Versicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Nummer 11 (Wohnverhältnisse):		
Kopie des Mietvertrages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der letzten Nebenkostenabrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des letzten Mieterhöhungsverlangens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstellung der Hausertragsrechnung (bei Eigentum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Nummer 12 (Sonstiges):		
Kopie der Krankenkassenkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der aktuellen Mitteilung des Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrages (bei freiwillig und privat Versicherten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15.) Bestätigung der Meldebehörde
(Stadt / Markt / Gemeinde / Verwaltungsgemeinschaft)**

Der / Die im Antrag auf Sozialhilfe aufgeführte(n) Antragsteller(in) ist/sind unter der genannten Adresse gemeldet und halten sich hier auf:			
	Name	Vorname	gemeldet seit
Antragsteller:			
Ehegatte / Lebenspartner:			
weitere Haushaltsangehörige			
weitere Haushaltsangehörige			
weitere Haushaltsangehörige			
weitere Haushaltsangehörige			
weitere Haushaltsangehörige			
Ort	Datum	Stempel	Unterschrift

16.) Erklärung des Antragstellers und seines Ehegatten / Lebenspartner

<p>Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Mir ist bekannt, dass ich nach § 60 Erstes Sozialgesetzbuch verpflichtet bin, alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben und die verlangten Nachweise beizufügen. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, so kann die Leistung versagt oder entzogen werden (§ 66 Erstes Sozialgesetzbuch). Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich die Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen. Dies gilt auf für die Angaben zu den vertretenen Personen. Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überbezahlte Beträge der Sozialhilfe zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir, jedoch nicht von meinen Erben, bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.</p> <p style="text-align: center;"><i>Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.</i></p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.</p>		
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller / gesetzlichen Vertreter	Unterschrift Ehegatten / Lebenspartner