

Fragebogen über Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Antragsteller Name	Antragsteller Vorname	Geburtsdatum
Straße	Frankfurt am Main PLZ	Telefonisch tagsüber erreichbar
Staatsangehörigkeit (bei Ausländer/innen auch aufenthaltsrechtlichen Status angeben, bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen)		

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an den Landeswohlfahrtsverband Hessen:
Tel.: 0611/156-284, E-Mail: Felix.Scholdei@lww-hessen.de

Angaben zu Angehörigen

Im Haushalt lebende/r Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in

51	Name		Ggf. Geburtsname	
	Vorname:		Geburtsdatum:	
52	Telefonisch tagsüber erreichbar		E-Mail-Adresse	
	Telefax			
53	ausgeübter Beruf:			
54	Arbeitgeber:			

Kind(er) (im Haushalt lebend)

	Ggf. abweichender Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	(für weitere Kinder bitte gesonderte Aufstellung beifügen)	
56				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
57				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
58				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
59				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos
60				<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> erwerbslos

Eltern (nur bei minderjährigen Antragstellern)

	Vater	Mutter
61	Name, ggf. Geburtsname:	
62	Vorname:	
63	Geburtsdatum:	
64	ggf. Sterbedatum:	
65	Straße, Haus-Nr.:	
66	PLZ, Wohnort:	
67	Telefon/Mobil/Fax:	
68	E-Mail-Adresse:	
69	ausgeübter Beruf:	
70	Arbeitgeber:	

Einkommensverhältnisse

(Wichtig: Bitte fügen Sie Belege bei!)

71	<p>Besuchen Sie eine allgemeinbildende?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte Schulbescheinigung vorlegen)</p> <p>Wenn ja, müssen Sie keine weiteren Angaben machen.</p>
72	<p>Erhalten Sie aktuell</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII vom Sozialamt, ➤ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII vom Sozialamt, ➤ Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom Sozialamt, ➤ Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB II („Hartz4“ / Bürgergeld) vom Jobcenter, ➤ Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz (WoGG), ➤ Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)? <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei. Sie müssen keine weiteren Angaben machen.</p> <p>Wenn nein, beachten Sie bitte folgende Punkte/Fragen</p> <p>Einkommen des Vorvorjahres (vorletztes Kalenderjahr)</p> <p>Liegt Ihnen der Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Wenn ja, fügen Sie bitte den Bescheid bei)</p> <p>Wenn nein, werden Sie gebeten die Einkünfte zu benennen, über die Sie im Vorvorjahr verfügt haben. Bei Verheirateten, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften, bei Partnern/innen in eheähnlicher oder lebenspartnerähnlicher Gemeinschaft bitte auch die Einkünfte des Ehegatten, der Lebenspartnerin bzw. des Lebenspartners, der Partnerin bzw. des Partners aufführen.</p> <p>Bitte jeweils Belege beifügen!</p>

73	Einkünfte (brutto) des Vorvorjahres	Antragstellende Person	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in
	<input type="checkbox"/> Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> Renten (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen Erwerbsminderung etc.)	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Kapitalvermögen	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Pflegegeld	€ jährlich	€ jährlich
	<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte (z. B. Kindergeld)	€ jährlich	€ jährlich

74	<p>Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Wenn ja, bitte Belege beifügen und erhebliche Abweichung begründen)</p>
-----------	---

75	<p>Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>Beantragte Leistung Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle</p>
-----------	---

76	Ausgaben/Werbungskosten (Bitte Belege beifügen!)	Antragstellende Person	Ehegatte, Lebenspartner/in, Partner/in
77	<input type="checkbox"/> Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	€ jährlich	€ jährlich
78	<input type="checkbox"/> Aufwendungen für Arbeitsmittel	€ jährlich	€ jährlich
79	<input type="checkbox"/> Beiträge für Berufsverbände	€ jährlich	€ jährlich
80	<input type="checkbox"/> Beiträge für Versicherungen	€ jährlich	€ jährlich
81	<input type="checkbox"/> Sonstiges	€ jährlich	€ jährlich

Vermögensverhältnisse
der antragstellenden Person
(Wichtig: Bitte fügen Sie Belege bei!)

82	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze/n folgendes Vermögen (Bitte Belege beifügen!)												
83	<p>a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der antragstellenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">IBAN/BIC/Vertrags-Nr.</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Betrag</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">IBAN/BIC/Vertrags-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Betrag</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">IBAN/BIC/Vertrags-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Betrag</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)</p>	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.	Betrag	Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)		IBAN/BIC/Vertrags-Nr.	Betrag	Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)		IBAN/BIC/Vertrags-Nr.	Betrag	Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)	
IBAN/BIC/Vertrags-Nr.	Betrag												
Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)													
IBAN/BIC/Vertrags-Nr.	Betrag												
Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)													
IBAN/BIC/Vertrags-Nr.	Betrag												
Art des Vermögens, (Name und Anschrift des Kreditinstitutes / Versicherungsunternehmens)													
84	b) Wertpapiere (z. B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):												
85	<p>c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Ggf. Anzahl der Wohnungen _____ Größe _____ Miteigentumsanteil: _____</p> <p>Grundstücksgröße in qm _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr. _____</p>												

86	d) Sonstiger Grundbesitz: Art, Lage, Verkehrswert _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr. _____
87	e) Sonstiges Vermögen (z. B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche, Pflichtteilsansprüche)

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)

88	Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre		
	<input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt		
89	<input type="checkbox"/> folgendes Vermögen	<input type="checkbox"/> veräußert	<input type="checkbox"/> übertragen
	<input type="checkbox"/> verschenkt		
	Bezeichnung	Wert	Datum
	an (Name, Anschrift)		
	(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)		

Einkommensverhältnisse

Zur Berechnung des Eigenbeitrages einer volljährigen antragstellenden Person ist es wichtig zu erfahren, ob sie zum Zeitpunkt der beantragten Leistung in einem gemeinsamen Haushalt mit einem Ehegatten, einem/einer eingetragene/r Lebenspartner/in, einem/einer Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft gelebt hat.

Erklärung der antragstellenden Person oder der rechtlichen Vertreterin bzw. des rechtlichen Vertreters, falls diese/r Antragsteller/in ist:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach §§ 60 - 67 SGB I bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialleistung erforderlich ist.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des LWV Hessen nach Art 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit §§ 82 und 82a SGB X (hier abrufbar <https://www.lwv-hessen.de/datenschutzerklaerung/datenschutzhinweise-leistungen-sgb/>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Ort, Datum	Unterschrift der antragstellenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreter/in/Vormunds bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist
------------	---
