

Eingang:	Überprüfung der Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)	
----------	--	--

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihre weiteren Anspruch auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht auf Seite 4 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

**1. Angaben zu den
persönlichen
Verhältnissen**

Bei mehr als zwei
Personen bitte
auf gesondertem Blatt
ergänzen!

Familienname, auch Geburtsname, Vorname	Lawson Boenigk,
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	Guillaume Teri Ober Heinrich-Heine-Weg 15 51503 Düsseldorf
Geburtsdatum	10.01.1950
Familienstand	geschieden
Betreuung	

Leistungsbezieher(in)	2. Person
	<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) <input type="checkbox"/> Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind

2. Unterhalt

		nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:	
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?	Vater: Mutter: Kind 1: IT Berater Kind 2: arbeitslos Weitere Kinder:	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:	
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner (innen) einer Lebenspartner schaft?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert <small>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert <small>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</small>	
Falls ja: Familienname, Vorname des getrennt lebenden oder ge schiedenen Ehegatten/Partners			
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)			

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:**3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären
Einrichtung leben!**

Keine Änderungen

Kaltmiete (Betrag)	Nebenkosten (Betrag), soweit nicht in der Miete enthalten ← z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung					Bitte Nachweise vorlegen!	Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag)
Wohnungsgröße Gesamt - qm	Anzahl der Räume	Davon untervermietet	leer	Räume	möbliert	Räume	Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss) bewilligt bis monatlicher Betrag
Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)							
Heizungsart	Energieart						Einnahmen aus Unter Vermietung (monatlicher Betrag)
<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	Kohle	Öl	Gas	Nacht- strom	Haushalts- strom	Fern- wärme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete un trennbar bzw. in den Haushaltosten enthalten) (monatlicher Betrag)	<input type="checkbox"/>	ohne Warmwasser- bereitstellung	<input type="checkbox"/>	Mit Warmwasser- bereitstellung	zu zahlen an (auch Kundennummer)		
Mieter der Wohnung	Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichend von Personenzahl auf S. 1)						

3.2 Haus-/Wohnungseigentum

Keine Änderungen

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!
Dazu füllen Sie bitte die Erklärung über Aufwendungen und Einkünfte bei Haus- und Wohnungseigentum aus!

Überprüfung der Grundsicherungsleistungen

Seite 2

3.3 Mehrbedarf

Keine Änderungen

	1. Person		2. Person	
	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt am
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen!)	Merkzeichen G oder aG ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft? (Schwangerschaftswoche nachweisen!)	ja, Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> nein	ja, Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> nein
Sind sie allein erziehend?	ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben!	<input type="checkbox"/> nein		
Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	

3.4 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Wo sind Sie versichert?				
	Krankenversicherung	Pflegeversicherung	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
	<input checked="" type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input checked="" type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Höhe des mtl. Beitrages				
Besteht eine Zusatzversicherung?	Krankenversicherung	Pflegeversicherung	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höhe des mtl. Beitrages				

4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

(z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.

Art:	1. Person		2. Person	
		Höhe		Höhe
Arbeitseinkommen	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	151,63	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Witwenrente bzw. Witwerrente	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Pension / Versorgungsbezüge	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unfallrente	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Waisenrente	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Werks- / Zusatz-/Privatrente	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Auslandsrente	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	195,36	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Miteinnahmen / Pachteinnahmen	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kindergeld	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für hochgradig Sehbehinderte	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Blindengeld	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gehörlosenhilfe	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonder- / Weihnachtzzuwendung	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Steuererstattung	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Einkünfte	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Überprüfung der Grundsicherungsleistungen

Seite 3

Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/In (Bitte Nachweise beifügen!)

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Hausratversicherung	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Weitere Versicherungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

5. Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/In (Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei!)

Bargeld	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sparsparvertrag	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag, Geldmarktkonto usw.)	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflegeheim)	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Bestattungsvorsorgevertrag	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sterbeversicherung Anzahl	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert in €
Grabpflegevertrag	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Vorsorgebetrag in €
Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert in €
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert in €
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Kraftfahrzeug(e) (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wert in €
Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sonstiges Vermögen und zwar:	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €

Angaben zu Immobilien und/oder Grundbesitz

Sind Sie, Ihr/e Partner/In (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien und/oder Grundbesitz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Art der Immobilie und des Grundbesitzes	Lage angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)
Hauseigentum	
Wohnungseigentum	
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke	
Sonstiges Haus- oder Grundvermögen	

Angaben zu Schenkungen und Vermögensübertragungen

Wurde seit der letzten Überprüfung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

ja

nein

Haben Sie, Ihr/e Partner/In jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

ja

nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte/r (Name, Adresse, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)	Höhe/Wert der Zuwendung

Überprüfung der Grundsicherungsleistungen

Seite 4

Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag, Urteil, etc. vor)

Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Pflege	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leibrente und sonstige Rechte	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigter: _____ Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____	
Verzicht auf vertragliche Rechte	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Wenn ja, bitte Erläuterung:	

6. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

IBAN	Bank/ Geldinstitut
DE03 300400000320736200	commerzbank

Erklärung der antragstellenden Personen

Den Überprüfungsbogen auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Beratungs- und Informationsangebot

Ich wünsche noch Beratung und Unterstützung zu meiner persönlichen Situation oder habe weiteren Informationsbedarf.

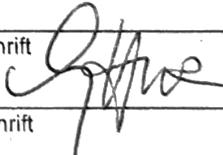
Bescheide in Angelegenheiten der Sozialhilfe sollen an die nachstehende Person gesandt werden:

--

Die übrigen Personen werden von dieser Person informiert.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum
17.8.25

1. Person	Unterschrift
	
2. Person	Unterschrift