

ZUSATZBLATT 7

ZUR FESTSTELLUNG DES UMFANGS DER HILFEBEDÜRFTIGKEIT BEI VORLIEGEN EINER HAUSHALTSGEMEINSCHAFT

(ZU ABSCHNITT III DES HAUPTANTRAGES)

Hinweis:

Dieser Fragebogen ist von jedem Hilfebedürftigen der Bedarfsgemeinschaft gesondert auszufüllen, wenn im gemeinsamen Haushalt Verwandte oder Verschwägerte (z.B. Eltern-, Großelternanteile, Ehegatte des Elternteils, Geschwister, Onkel, Tante), die nicht zur Bedarfsgemeinschaft gehören (siehe hierzu Ausfüllhinweise zum Hauptantrag), leben.

Angaben zum/zur Hilfebedürftigen

Name: _____ Vorname: _____

Nummer der Bedarfsgemeinschaft: _____

Erhält der/die Hilfebedürftige Leistungen, wie z.B. auch Unterkunft oder Verpflegung, von Verwandten/Verschwägerten, die mit ihm/ihr in einer Haushaltsgemeinschaft leben? ja nein

Wenn nein, sind weitere Angaben entbehrlich und es ist nur noch die Unterschrift erforderlich.

Angaben zu den verwandten oder verschwägerten Personen des/der Hilfebedürftigen, die nicht der Bedarfsgemeinschaft angehören

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Elternteil des/der o.g. Hilfebedürftigen
1				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Umfang der Leistungen, die der/die Hilfebedürftige tatsächlich erhält

Geld:

Der/die Hilfebedürftige erhält Geldleistungen von mindestens einer der o.g. Personen (vgl. Abschnitt VI des Antrags auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes) ja nein

Wenn ja, in Höhe von _____ Euro monatlich wöchentlich täglich

Unterkunft:

Hinweis:

Diese Angaben sind nur notwendig, soweit Verwandte/Verschwägerte Eigentümer oder Mieter der Wohnung sind.

Unterkunft wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt ja nein

Falls nein: Höhe Ihrer monatlichen Zahlung (bitte nachweisen) _____ Euro

Übersteigt der genannte Betrag Ihren Anteil an den Gesamtkosten für Unterkunft und Heizung? ja nein

Falls ja, bitte Gesamtkosten für Unterkunft und Heizung angeben _____ Euro

Hinweis:

Bitte informieren Sie Ihren/Ihre Angehörigen, dass Mieteinnahmen grundsätzlich **zu versteuerndes Einkommen** sind, die beim Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung anzugeben sind.

Verpflegung:

Es wird **volle** Verpflegung (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) zur Verfügung gestellt: ja nein

Es wird **teilweise** Verpflegung zur Verfügung gestellt:

ja nein

Frühstück

Mittagessen

Abendessen

Müssen Sie diese bezahlen?

ja nein

Wenn ja: Höhe Ihrer monatlichen Zahlung (bitte nachweisen) _____ Euro

Wenn Sie eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung zahlen, beziffern Sie bitte den jeweiligen Anteil der Unterkunft und der Verpflegung.

Weitere Leistungen:

Es werden weitere Leistungen von dem/den Angehörigen erbracht: ja nein

Falls ja, geben Sie hier bitte an, um welche weiteren Zuwendungen es sich handelt (z.B. Kleidung) und ob Sie diese regelmäßig (in welchen Abständen?) erhalten. Bagatellzuwendungen (z.B. Kinobesuch) müssen Sie nicht angeben.

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin, Datum

Unterschrift des/der Hilfebedürftigen, Datum