



Antrag auf Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Tel. 06131 12-0
Fax 06131 12-3962
amt-fuer-soziale-leistungen@stadt.mainz.de

50. _____ Aktenzeichen
Eingang



Ich beantrage/Wir beantragen

- Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Hilfe zum Lebensunterhalt
 Hilfe zur Pflege einmalige Leistungen (z.B. Heizkostenbeihilfe, Erstaussattung etc.)
 sonstige Leistungen

1. Persönliche Verhältnisse

Antragstellende Person

Familiename	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend _____ seit wann	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon (freiwillig)	
Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)	gültig bis
Bei ausländischen Staatsangehörigen: Datum der Einreise nach Deutschland _____	
Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Betreuer:in, Name und Anschrift	
Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweis vorlegen.	
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Merkzeichen	gültig bis

Ehe-/Lebenspartner:in, Lebensgefährte:in

Familiename	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend _____ seit wann	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon (freiwillig)	
Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)	gültig bis
Bei ausländischen Staatsangehörigen: Datum der Einreise nach Deutschland _____	
Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Betreuer:in, Name und Anschrift	
Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweis vorlegen.	
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Merkzeichen	gültig bis

Leiden Personen im Haushalt unter einer Erkrankung, die eine kostenaufwändigere Ernährung verursacht?

nein ja, folgende Personen: _____

Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrer Sachbearbeitung.

Antragstellende Person

Art der Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> gesetzlich	
<input type="checkbox"/> freiwillig	
<input type="checkbox"/> familienversichert	
<input type="checkbox"/> privat	
<input type="checkbox"/> keine Versicherung	
Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt	
<input type="checkbox"/> ist beantragt	
<input type="checkbox"/> wurde abgelehnt	
<input type="checkbox"/> ist bewilligt, es besteht Pflegegrad _____	
Steuer-ID	

Ehe-/Lebenspartner:in, Lebensgefährte:in

Art der Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> gesetzlich	
<input type="checkbox"/> freiwillig	
<input type="checkbox"/> familienversichert	
<input type="checkbox"/> privat	
<input type="checkbox"/> keine Versicherung	
Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt	
<input type="checkbox"/> ist beantragt	
<input type="checkbox"/> wurde abgelehnt	
<input type="checkbox"/> ist bewilligt, es besteht Pflegegrad _____	
Steuer-ID	

2. Haushaltsgemeinschaft

In meinem/unserem Haushalt leben insgesamt _____ Person/en.

Folgende weitere Personen leben mit im Haushalt:

Sollten mehr als zwei weitere Personen im Haushalt leben, tragen Sie diese bitte auf dem Zusatzblatt ein.

Weitere Person im Haushalt

Familiennamen	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person	
Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)	gültig bis
Beruf	Bruttoeinkommen/Jahr

Weitere Person im Haushalt

Familiennamen	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname/n	
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person	
Aufenthaltsstatus (bei ausländischen Personen)	gültig bis
Beruf	Bruttoeinkommen/Jahr

3. Kosten der Unterkunft

Als Mieter:in empfehlen wir, die beigefügte Mietbescheinigung zu verwenden.

Als Eigentümer:in legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.

4. Einkommen

Über welches Einkommen verfügen Sie? Setzen Sie bei den folgenden Einkommensarten das passende Kreuz und tragen Sie die monatliche Höhe ein.

Einkommen der antragstellenden Person

Renten bzw. Pensionen (z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Rentenart
Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
(Halb-)Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Ausländische Renten/Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Land
Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Arbeitseinkommen (brutto) aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Sonderzahlungen
	Arbeitgeber:in	
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Sonstige Einkünfte (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Art
Versorgungsleistungen (z.B. BVG, OEG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Erhalt von Sachbezügen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige		

Einkommen Ehe-/Lebenspartner:in, Lebensgefährte:in

Renten bzw. Pensionen (z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Rentenart
Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
(Halb-)Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Ausländische Renten/Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Land
Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Arbeitseinkommen (brutto) aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Sonderzahlungen
	Arbeitgeber:in	
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	

Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Sonstige Einkünfte (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Art
Versorgungsleistungen (z.B. BVG, OEG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Erhalt von Sachbezügen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige		

Einkommen 1. weitere Person im Haushalt

Renten bzw. Pensionen (z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Rentenart
Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
(Halb-)Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Ausländische Renten/Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Land
Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Arbeitseinkommen (brutto) aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Sonderzahlungen
	Arbeitgeber:in	
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Sonstige Einkünfte (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Art
Versorgungsleistungen (z.B. BVG, OEG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Erhalt von Sachbezügen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige		

Einkommen 2. weitere Person im Haushalt

Renten bzw. Pensionen (z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Rentenart
Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
(Halb-)Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Ausländische Renten/Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Land
Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	

Arbeitseinkommen (brutto) aus selbstständiger und nicht selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Sonderzahlungen
	Arbeitgeber:in	
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Sonstige Einkünfte (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG, Elterngeld)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Art
Versorgungsleistungen (z.B. BVG, OEG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Erhalt von Sachbezügen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kostenlose Verpflegung <input type="checkbox"/> kostenlose Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige		

Haben Sie oder eine der im Antrag aufgeführten Personen sich im Ausland aufgehalten und dort eine Erwerbstätigkeit wahrgenommen?

nein ja Wer? Bitte machen Sie detaillierte Angaben (z.B. Ort, Zeitraum, Arbeitgeber:in) auf einem zusätzlichen Blatt.

Verfügen Sie oder eine der im Antrag aufgeführten Personen noch über weitere Einkünfte (einmalig oder laufend) aus den letzten zwölf Monaten, die oben nicht aufgezählt wurden?

nein ja
Wer? Art, Höhe, Datum des Zuflusses

Beinhaltet eine der Rentenzahlungen Ansprüche, die aufgrund freiwillig gezahlter Beiträge entstanden sind?

nein ja
Welche?

Nehmen Sie oder eine der im Antrag aufgeführten Personen am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in einer Tagesstätte teil?

nein ja Wer? An wie vielen Tagen in der Woche?

5. Angaben zu Versicherungen, sonstigen Belastungen und anderen Verpflichtungen

Kreuzen Sie bitte an, welche dieser Versicherungen und Verpflichtungen auf Sie zutreffen. Tragen Sie zudem die monatliche Höhe ein und legen dem Antrag Nachweise bei.

Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Versicherungsnehmer:in
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Versicherungsnehmer:in
Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Versicherungsnehmer:in
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Versicherungsnehmer:in
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	Arbeitnehmer:in Wegstrecke km
Sonstige	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	wenn ja, was und wofür

Kraftfahrzeug, Motorrad etc.

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Eigentümer:in	Modell	Kilometerstand ^{km}	Baujahr
---	---------------	--------	------------------------------	---------

Haus- und Grundbesitz (auch im Ausland)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Eigentümer:in	Angaben zum Eigentum
---	---------------	----------------------

Sonstige Vermögenswerte (z.B. Schmuck, Sachwerte)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Eigentümer:in	Art	Wert €
---	---------------	-----	--------

Besitzen Sie noch weiteres Vermögen, das bislang nicht aufgezählt wurde?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Eigentümer:in	Art	Wert €
---	---------------	-----	--------

Haben Sie in den letzten zehn Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Begünstigte Person	Zeitpunkt, Anlass und Art	Wert €
---	--------------------	---------------------------	--------

7. Vorrangige Leistungen und Ansprüche

Machen Sie Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen der antragstellenden Person/en. Tragen Sie alle Personen ein, die **nicht** mit Ihnen in einem Haushalt leben. Bei weiteren Personen verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

Vater <input type="checkbox"/> verstorben	Mutter <input type="checkbox"/> verstorben	Ehegatte:in Lebenspartner:in	(volljähriges) Kind <input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder	(volljähriges) Kind <input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder
Familienname	Familienname	Familienname	Familienname	Familienname
Vorname/n	Vorname/n	Vorname/n	Vorname/n	Vorname/n
Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Wohnort	Wohnort	Wohnort	Wohnort	Wohnort
ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf

Das Jahreseinkommen liegt vermutlich über 100.000 € (brutto)

Vater	Mutter	Ehegatte:in Lebenspartner:in	(volljähriges) Kind	(volljähriges) Kind
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie unter Punkt 4. angegeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wurde bereits ein Antrag auf eine andere Leistung für eine der mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen gestellt, über den noch nicht entschieden worden ist? (z.B. Rente, Krankengeld, Unterhaltsvorschuss, Wohngeld usw.)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Für wen und wo? Datum des Antrags, Aktenzeichen
---	---

Bestehen Erbansprüche?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erbe:in	Erblasser:in	Wert €
---	---------	--------------	--------

Bestehen Ansprüche aus Wohnungsverträgen? (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	begünstigte Person	Art	Summe €
---	--------------------	-----	---------

Bestehen sonstige Ansprüche oder Forderungen gegen Dritte? (z.B. Versicherungen)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	begünstigte Person	Art	Summe €
---	--------------------	-----	---------

Ist eine der oben genannten Personen Inhaber:in eines Vertriebenenausweises oder einer Spätaussiedlerbescheinigung?

(§§ 1 bis 4 BVFG)

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Inhaber:in
---	------------

8. Aufenthaltsort

Wann sind Sie an Ihren jetzigen Aufenthaltsort gezogen?	Datum
Wie lautete Ihre vorherige Adresse?	Straße Hausnummer
	PLZ Ort
Haben Sie sich vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit in einer Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim) aufgehalten oder wurden Sie in Ihrer jetzigen Wohnung ambulant betreut?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
	Wer? Anschrift der Einrichtung/ambulanten Wohnmöglichkeit, ggfs. Kostenträger:in

9. Bitte begründen Sie, warum Sie Leistungen nach dem SGB XII beantragen.

10. Bankverbindung

Bitte geben Sie die Bankverbindung an, auf die die bewilligten Leistungen überwiesen werden sollen.

Kontoinhaber:in	
Geldinstitut	Ort des Geldinstitutes
IBAN	BIC (nur für ausländische Geldinstitute)

Ich ermächtige hiermit das o.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung der Leistungsträgerin zurückzuzahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erb:innen erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.

Erklärung

Ich/Wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Dies gilt auch für Zusatzblätter und Anlagen, die diesem Antrag beigelegt sind. Mir/Uns ist bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und ich/wir zu Unrecht erlangte Leistungen zurück erstatten muss/müssen.

Ich/Wir bestätige/n den Erhalt des Merkblatts, in dem ich/wir über meine/unsere Rechte und Pflichten aufgeklärt wurde/n.

Über meine/unsere Mitwirkungspflichten, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. SGB I wurde/n ich/wir unterrichtet. Es besteht eine Verpflichtung, dem Amt für soziale Leistungen sofort und ohne Aufforderung alle Tatsachen mitzuteilen, die für die Leistungsgewährung wichtig sind. Dazu zählen insbesondere Änderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen, Abwesenheit, Ein- und Auszug von Mitgliedern der Haushaltsgemeinschaft sowie Aufnahme von Arbeit.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a SGB X und die weitere Datenverarbeitung nach § 67 b SGB X.

Weitere Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie auf www.mainz.de/dsgvo.

Durch meine/unsere Unterschrift/en erkläre/n ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der abgegebenen Erklärungen.

Ort Datum	Unterschrift der antragstellenden Person oder der gesetzlichen Vertretung	Unterschrift der/des Ehe-/Lebenspartner:in bzw. Partner:in in eheähnlicher Gemeinschaft
-------------	--	--

Änderungsvermerke

Ich/Wir bestätige/n, dass die Änderungen, die von Mitarbeiter:innen der Behörde vorgenommen wurden, mit mir/uns besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort Datum	Unterschrift der antragstellenden Person oder der gesetzlichen Vertretung	Unterschrift der/des Ehe-/Lebenspartner:in bzw. Partner:in in eheähnlicher Gemeinschaft
-------------	--	--

Ort Datum	Unterschrift Sachbearbeiter:in
-------------	--------------------------------