

An den  
Kreisausschuss des Odenwaldkreises  
Abteilung II.20 - Soziale Sicherung -  
Michelstädter Straße 12  
64711 Erbach

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_

Eingangsstempel Sozialamt: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)  
- Sozialhilfe -  
bzw. nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

- laufende/ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfen zur Gesundheit
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen/Hilfe zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten
- Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen
- Hilfe zur Übernahme der ungedeckten Heimpflegekosten
- Hilfe in anderen Lebenslagen
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Einmalige Beihilfe für: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**1. Name und Anschrift d. Antragstellers/in**

Name:	Vorname:
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:

Bankinstitut:	IBAN:
	BIC:
Tagsüber telefonisch erreichbar unter:	

**2. Zahlungs- oder Bescheidempfänger/in, falls abweichend von Antragsteller/in**

Name:	Vorname:
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Bankinstitut:	IBAN:
	BIC:
Stellung zum Antragsteller: (Bei Betreuung bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)	

Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten? \_\_\_\_\_

Wurde schon vorher Sozialhilfe/Grundsicherung/Leistungen nach dem SGB II bezogen?  ja  nein

ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

bei Sozialamt \_\_\_\_\_

### 3. Personen der Bedarfsgemeinschaft bzw. des Haushaltes

Führen Sie einen eigenen Haushalt?  ja  nein

Leben Sie in ehelicher/eheähnlicher Gemeinschaft  ja  nein

Antragsteller/in und Ehe-/Lebenspartner/in:

Kinder und weitere Haushaltsangehörige:						
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Nachname:						
Vorname:						
Geburtsname:						
Geburtsort:						
Geburtsdatum:						
Geschlecht: (m/w)						
Stellung zum Antragsteller:						
Familienstand:						
Staatsangehörigkeit:						

erlernter Beruf:						
jetzige Tätigkeit:						
höchster Schulabschluss:						
höchster Berufsabschluss:						
Erwerbsstatus						
Arbeitslos gemeldet seit:						
Status bei Ausländern:						

⇒ Bei mehr als 6 Personen im Haushalt bitte gesondertes Blatt ausfüllen

**4. Fragen bei Zuzug aus dem Ausland und für ausländische Staatsangehörige**

Tag der Einreise:	Herkunftsland:	Ort des Grenzübertritts:
-------------------	----------------	--------------------------

⇒ Falls Nachweise (Eintrag im Pass, Flugschein etc.) vorhanden, bitte beifügen

Liegt eine <b>Unterhaltszusicherung/ Verpflichtungserklärung</b> vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, von (Name, Anschrift):
Grund des Zuzuges in die Bundesrepublik Deutschland:

Fallen Sie oder Ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen unter das <b>NATO-Truppenstatut (gem. Art. 13 Nato-Truppenstatut Zusatzabkommen)</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---

Wurde ein Asylantrag gestellt?  nein  ja

Registriernummer:	Aktenzeichen des Bundesamtes f. d. Anerkennung ausländischer Flüchtlinge:
Arbeitserlaubnis für Antragsteller/in? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet	
Arbeitserlaubnis für Ehe-/Lebenspartner/in? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet	
Arbeitserlaubnis für andere Haushaltsangehörige? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet	

Aufenthaltsstatus aller Haushaltsangehörigen :

⇒ **Kopie der gültigen Aufenthaltsgenehmigung bitte beifügen**

**5. Fragen zur Arbeitsfähigkeit und zur Anerkennung als Schwerbehinderter**

**Können Sie oder einer Ihrer Haushaltsangehörigen über 15 Jahre Ihrer Einschätzung nach mindestens 3 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen?**

Antragsteller:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil
Ehe-/Lebenspartner/in:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil

**Kinder über 15 Jahre im Haushalt:**

Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil
Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil
Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil

(Bitte entsprechenden ärztlichen Nachweis beifügen Attest etc.)

⇒ bei jeder arbeitsfähigen Person über 15 Jahren **Zusatzbogen „Beschäftigung“** ausfüllen

⇒ bei Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit Rentenbescheid zusätzlich beifügen

Liegt bei der Antragstellerin oder Ehe-/Lebenspartnerin eine Schwangerschaft vor?  nein  ja  
 ⇒ bitte Mutterpass beilegen

Befindet sich die Antragstellerin oder Ehe-/Lebenspartnerin im Erziehungsurlaub?  nein  ja  
 ⇒ bitte Bescheid des Versorgungsamtes beilegen

Leben im Haushalt ambulant pflegebedürftige Angehörige, die von Antragsteller/in gepflegt werden?  nein  ja

Name, Vorname der pflegebedürftigen Angehörigen:	Name, Vorname der pflegenden Person:
--	--------------------------------------

Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor?

ja, bei (Name) \_\_\_\_\_ G.d.B. Merkzeichen (G,H, etc.) \_\_\_\_

ja, bei (Name) \_\_\_\_\_ G.d.B. Merkzeichen (G,H, etc.) \_\_\_\_

### ⇒ **Schwerbehindertenausweise und Feststellungsbescheide beifügen**

Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) gewährt, oder haben Sie oder Angehörige von Ihnen durch Kriegseinwirkung oder durch Dienst bei der Bundeswehr Schaden erlitten?

ja, für (Name) \_\_\_\_\_

Kriegsbeschädigter  Kriegswitwe  Kriegswaise  Sonderfürsorgeberechtigter  Kriegereltern

Ist im Krieg ein Kind gefallen, als verschollen gemeldet oder später an den Folgen der Beschädigung gestorben, ohne dass Elternrente gewährt wird?

ja  nein

### 6. Fragen zur Krankenversicherung

Antragsteller/in:	<input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> familien <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig	- versichert
Krankenkasse	Versicherungsnummer	Beitragshöhe €

Ehe-/Lebenspartner/in:	<input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> familien <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig	- versichert
Krankenkasse	Versicherungsnummer	Beitragshöhe €

Kinder:	<input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> familien <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig	- versichert
Krankenkasse	Versicherungsnummer	Beitragshöhe €

Bestehen Beitragsrückstände bei Ihrer Krankenkasse?

nein

ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_ €

⇒ Mitteilung der Krankenkasse beifügen

**7. Haben Sie oder die unter Punkt 2 genannte Personen eine Rentenversicherungsnummer?**

(RV-Nr. – z. B. aus einer früheren Erwerbstätigkeit; Träger/Versicherungszweig: Angestellte, Arbeiter, Knappschaft, private Rente)

 nein  ja, und zwar

Name, Vorname \_\_\_\_\_ RV-Nr. \_\_\_\_\_ Träger. \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ RV-Nr. \_\_\_\_\_ Träger. \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ RV-Nr. \_\_\_\_\_ Träger. \_\_\_\_\_

⇒ bitte entsprechenden **Nachweis** vorlegen (z. B. **Sozialversicherungsausweis, Verdienstabrechnung**)

Sollten Sie und die erwerbsfähigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bisher keine Rentenversicherungsnummer haben, bitten wir Sie diese unverzüglich bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen.

**8. Wohnverhältnisse**

Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

 ja  nein Eigenes Wohnhaus oder Eigentumswohnung⇒ bitte **Zusatzbogen Hauseigentum** ausfüllen Wohnung wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt von: \_\_\_\_\_ Obdachlosenunterkunft  Gemeinschaftsunterkunft (Asylbewerber)  Übergangwohnheim (Aussiedler) Mietwohnung oder Untermietverhältnis⇒ bitte Mietvertrag im Original beifügen und nachfolgende Fragen beantworten**Name und Anschrift des Vermieters:**

Name:		Vorname:	
Straße/Hausnummer:		PLZ/Wohnort:	
Bank:	BLZ:	Kontonummer:	

**Angaben zur Wohnung:**

Wohnfläche:	m <sup>2</sup>	davon untervermietet :	m <sup>2</sup>	davon gewerblich genutzt:	m <sup>2</sup>
Wohnräume: <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Bad/Dusche/WC ___ Zimmer ___ Keller <input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Pkw-Stellplatz					
Heizung: <input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Kohle/Holz <input type="checkbox"/> Strom					
Warmwasserzubereitung: <input type="checkbox"/> erfolgt über Sammelheizung <input type="checkbox"/> erfolgt mit Haushaltsstrom (Boiler)					
Die Wohnung war erstmals bezugsfertig im Jahr (Baujahr):					

**Angaben zum Mietpreis:**

mtl. Gesamtmiete:	€	mtl. Kaltmiete:	€	mtl. Heizkosten:	€
mtl. Mietnebenkosten:	Wasser-, Kanal- und Müllabfuhrgebühren:				€
	Grundsteuer, Kaminfeger, Verwaltungskosten u.ä.:				€
	Garage oder Stellplatz:				€
	Sonstige Nebenkosten: (⇒ bitte Abrechnung beifügen)				€
Ist Haushaltsstrom in den Mietkosten enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit					€
(⇒ bitte Abrechnung des Stromlieferanten [ENTEKA, etc.] beifügen)					

**Ergänzende Angaben:**

Bestehen Mietrückstände?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€
Ist Räumungsklage eingereicht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am	

⇒ Bitte Nachweise beifügen (Kündigungsschreiben des Vermieters, Räumungsklage, etc.)

**Wo haben Antragsteller/in und die anderen Personen der Bedarfsgemeinschaft zuletzt gewohnt? Bitte alle Wohnorte der letzten 2 Jahre angeben.**

Name, Vorname:	Wohnort, Straße:	von - bis: (Datum)	Grund des Umzuges:

**Bei Aufnahme in ein Heim bzw. bei Entlassung aus einem Heim oder einer Anstalt (auch Justizvollzugsanstalt):**

Name, Vorname:	Heim-/Anstaltsanschrift:	von - bis: (Datum)	Kostenträger des Heimaufenthaltes: (z.B.: LWV, BfA)	Wohnort vor Heim- oder Anstaltsaufnahme: (Anschrift)

**9. Unterhaltsansprüche**

a) auszufüllen bei Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Verfügt eines Ihrer Kinder/verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000,00 EUR jährlich)?	nein ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adressen an)	nein ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adressen an)
Familienname, Vorname		
Anschrift Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum		
Bestehen <b>Unterhaltsansprüche</b> gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	Auf Unterhalt wurde verzichtet Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) Unterhalt wird gezahlt jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin	Auf Unterhalt wurde verzichtet Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) Unterhalt wird gezahlt jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin

b) auszufüllen für übrige Hilfearten

Alle unterhaltspflichtigen Angehörige außerhalb des Haushaltes (geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte, Kinder, Eltern, Kindesväter) aufführen, auch wenn diese bereits verstorben sind. Bitte Datum der Eheschließung, Beginn des Getrenntlebens oder Scheidungsdatum (mit Angabe des Amtsgerichts) eintragen.

⇒ Scheidungsurteile und Unterhaltstitel beifügen

Name, Vorname:	GebDat.:	Familienstand:	Verwandtschaftsgrad zu Antragsteller/in:	Anschrift: (Straße, Wohnort)	Arbeitgeber/Leistungserbringer: (Arbeitsamt, Rentenstelle etc.)

**10. Einkommensverhältnisse (auch geringfügige Beschäftigungen)**

Bitte alle regelmäßigen (wöchtl., mtl., vierteljährlich, jährlich), unregelmäßigen und zu erwartende einmalige Einnahmen aufführen. Alle Angaben sind netto in Euro vorzunehmen und entsprechend zu belegen:

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit:						
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit:						
Arbeitsamt:: [ ] ALG wöchtl. [ ] UHG wöchtl.. Kunden-Nr. :						
Kindergeld: Kindergeld-Nr.:						
Altersruhegeld Vers.-Nr.:						
EU-Rente: Vers.-Nr.:						

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
<b>Witwen- oder Waisenrente: Vers.-Nr.:</b>						
<b>ZVK.Rente: Vers.-Nr.:</b>						
<b>Betriebsrente: Vers.-Nr.:</b>						
<b>Pension:</b>						
<b>Unterhalt: von:</b>						
<b>Vermietung / Verpachtung:</b>						
<b>Zinsen</b>						
<b>sonstige Einnahmen:</b>						

**Werden Einnahmen gepfändet?**

[ ] Nein

[ ] Ja, Höhe der Pfändung, mtl. \_\_\_\_\_ €

Name und Anschrift des/der Gläubiger/s angeben:

---



---

**11. Monatliche Ausgaben / Belastungen**

Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Einkommens, Beiträge zu privaten Versicherungen, sonstige mtl. Belastungen. Alle Angaben sind netto in Euro vorzunehmen:

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
<b>Fahrtkosten zur Arbeit:</b> (mit öffentlichen Nahverkehrsmitteln)						
<b>Fahrtkosten zur Arbeit :</b> (bei Fahrt mit dem Pkw, einfache Entfernung zum Arbeitsplatz in km)						
<b>Arbeitsmittel:</b>						
<b>Hausratversicherung:</b>						

<b>Haftpflichtversicherung:</b>						
	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>	<b>3. Person</b>	<b>4. Person</b>	<b>5. Person</b>	<b>6. Person</b>
<b>Unterhaltszahlungen:</b>						
<b>Kredit-tilgung:</b>						

⇒ Bitte Belege beifügen (Versicherungspolice, Rechnungen etc.)

## 12. Sozialversicherungsausweis

Als Empfänger/in von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt sind Sie zur Abgabe Ihres Sozialversicherungsausweises beim zuständigen Sozialhilfeträger verpflichtet, sofern Sie ihn nicht bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber oder dem Arbeitsamt hinterlegt haben. Bitte nachfolgend angeben, für wen ein Sozialversicherungsausweis ausgestellt und wo dieser hinterlegt wurde.

Antragsteller/in:	Nr.:	Hinterlegt bei:
Ehe-/Lebenspartner/in:	Nr.:	Hinterlegt bei:
	Nr.:	Hinterlegt bei:
	Nr.:	Hinterlegt bei:

## 13. Ansprüche auf andere Leistungen

Name, Vorname:	
	<b>Rente</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei
	<b>Arbeitslosengeld</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei
	<b>Kindergeld</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei
	<b>BAföG, Stipendien</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei
	<b>Wohngeld</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei
	<b>Krankengeld</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei
	<b>Unterhaltsvorschuss (UVG)</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei
	<b>Unfallversicherung</b> [ ] nein [ ] ja [ ] beantragt am                      bei



**Antragsteller, die nicht Deutsch sprechen, sind:**

- für notwendige Übersetzungen
- und Vorsprachen beim Sozialamt mit einem Dolmetscher selbst verantwortlich.

**Erklärung des Hilfesuchenden (oder des gesetzlichen Vertreters für den Hilfesuchenden)**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben und die Angaben in den Anlagen

- Zusatzbogen „Vermögen“
- Zusatzbogen „Beschäftigung“

vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Änderungen in den Familien-, Einkommens-, Vermögens- und Wohnverhältnissen - unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt des Odenwaldkreis mitzuteilen.

Ich ermächtige ebenfalls das Geldinstitut, an das Leistungen überwiesen wurden, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers zurückzuüberweisen.

Im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungsverpflichtungen nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB, 1. Buch) bin/sind ich/wir verpflichtet, die Ärzte, welche mich/uns behandeln oder behandelt haben oder denen ich/wir vorgestellt worden bin/sind oder werde/n, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

**Komme ich meiner Mitwirkungspflicht bei der Bearbeitung dieses Antrages nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) 1. Buch nicht oder nur unvollständig nach, kann dies zur Ablehnung meines Antrages führen (§ 66 SGB 1).**

**Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.**

Der Antragsteller, bzw. die im Antrag als Haushaltsvorstand bezeichnete Person, wird bis auf Widerruf als:

- Bekanntgabe- und Zustellungsbevollmächtigter für alle Schreiben, Bescheide, Verfügungen, Entscheidungen, Mitteilungen, Hinweise und Informationen an die im Antrag unter Nr. 3) aufgeführten Personen bestimmt.
- Inkassobevollmächtigter berechtigt, die Sozialhilfeleistungen für alle unter Nr. 3) aufgeführten Personen zur Weiterleitung treuhänderisch entgegenzunehmen. Bei dieser Inkassovollmacht entsprechenden Zahlungen der Behörde an den Bevollmächtigten bestehen keinerlei Ersatzansprüche gegenüber der Behörde, wenn und soweit der Bevollmächtigte mit den Mitteln nicht anweisungsgemäß verfährt.
- Verfahrensbevollmächtigter für Willenserklärungen und Handlungen über die o.g. Bekanntgabe- und Zustellungsvollmacht hinaus zur Abgabe von Erklärungen, bzw. Entgegennahme von Erklärungen für alle unter Nr. 3) aufgeführten Personen bestimmt. Insbesondere um
  - Anträge zu stellen, zu ändern, zu ergänzen oder zurückzunehmen
  - Unterlagen, Urkunden, Belege, Bescheinigungen vorzulegen, anzufordern oder entgegenzunehmen
  - Rechtsbehelfe einzulegen, zurückzunehmen oder sonstige verfahrensbetreibende Erklärungen abzugeben.

Alle Erklärungen und Handlungen des Bevollmächtigten wirken für und gegen die unter Nr. 3) aufgeführten Personen.

Ein evtl. Verschulden des Bevollmächtigten ist wie eigenes Verschulden anzusehen.

Die o.g. Vollmachten gelten solange, bis sie gegenüber der o.g. Behörde widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zu Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

**Vorgelesen, genehmigt und unterschrieben:**

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. seines gesetzlichen Vertreters, falls er Antragsteller ist) (Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners)

**Bestätigung des Einwohnermeldeamtes der Stadt/Gemeinde**

Hiermit bestätigen wir, dass alle unter Ziffer 3 des Antrages aufgeführten Personen der Haushaltsgemeinschaft unter der angegebenen Anschrift polizeilich gemeldet sind.

Ja, mit Erstwohnsitz seit \_\_\_\_\_

Ja, mit Zweitwohnsitz. seit \_\_\_\_\_.

Erstwohnsitz ist : \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Nein

**Ergänzend zu den Angaben teilen wir folgendes mit:**

(insbesondere zu den Wohn-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, Arbeitssituation der im Haushalt lebenden Personen, etc.)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift)

**Weiterleitungsvermerk:****Abzusenden an:**

Kreisausschuss  
des Odenwaldkreises  
-Sozialamt- SGB XII  
Michelstädter Str. 12

64711 Erbach

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

**Absendende Behörde:**

Der Antrag wurde mit dem Antragsteller / den Antragstellern aufgenommen und – soweit möglich – besprochen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift)