

**Antragsteller/in:**

**1. Antragsberechtigung**

	Antragsteller	Ehegatte/Partner
1. Bezug einer <b>vorzeitigen</b> Altersrente (auch Auslandsrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Bezug der <b>Regelalters-</b> rente (65 Jahre oder älter)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. <b>befristete volle</b> Erwerbsminderung aufgrund:		
a) Bezug von Rente wegen voller Erwerbsminderung oder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Krankheit, Behinderung (bitte benennen) ohne Rentenbezug	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein
4. <b>dauerhafte volle</b> Erwerbsminderung aufgrund:		
a) Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte oder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Krankheit, Behinderung (bitte benennen) ohne Rentenbezug	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Gehen Sie aktuell einer Ausbildung nach?	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein

**2. Unterhalt**

Eltern (Name, Anschrift) (falls bereits verstorben, bitte „verstorben“ eintragen)		
Beruf, aktuell ausgeübte Tätigkeit (Arbeitgeber)		
Kinder (Name, Anschrift) (falls Sie keine Kinder haben, bitte „keine“ eintragen)		
Beruf, aktuell ausgeübte Tätigkeit (Arbeitgeber)		
Verfügen Ihre Eltern jeweils oder verfügt eines Ihrer Kinder allein über erhebliches Einkommen (mehr als 100.000 € jährlich)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<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	<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

Falls ja: Name und Anschrift des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners sowie <u>Scheidungsdatum</u>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<b>3. Sonstiger Leistungsbezug</b>		
Erhalten Sie sonstige Sozialleistungen (z. B. Wohngeld, Leistungen vom Bezirk Mittelfranken)?		

<b>4. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers</b>		
Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen? Wann?		
Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist? Wann?		

<b>5. Fragen zur Schwerbehinderung bzw. Pflegebedürftigkeit</b>	
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor oder wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Grad der Behinderung: _____
Liegt bei Ihnen eine erhebliche Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft im Sinne des § 99 SGB IX vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Pflegebedürftigkeit i. S. von § 61 SGB XII? (Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid oder Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die Erklärung habe(n) ich / wir wahrheitsgemäß ausgefüllt:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte / Lebenspartner