

**Erklärung über vorhandenes Einkommen der hilfebedürftigen Person und seines Ehepartners**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Erhalten Sie eines der nachfolgenden Einkommen?

Bitte kreuzen Sie bei jedem Punkt entweder „ja“ oder „nein“ an. Falls Sie bei einem Punkt „ja“ ankreuzen, tragen Sie bitte dort den monatlichen Betrag ein. Bei Ehegatten/Lebenspartnern ist für jede Person ein gesonderter Bogen auszufüllen.

	Nein	Ja, mtl. Betrag
1. Altersrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
2. Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
3. Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
4. Werksrente, Betriebsrente, Zusatzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
5. Pension aus beamtenrechtlicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
6. Sonstige Rente/Altersversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
7. Ausländische Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
8. Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
9. Erwerbseinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
10. Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
11. Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
12. Arbeitslosengeld II/Sozialgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
13. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
14. Krankengeld/Übergangsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
15. Einkommen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinserträge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
16. Einkommen aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
17. Zahlungen aus privatrechtlichen Ansprüchen (z.B. Unterhaltszahlungen nach dem BGB bei geschiedenen Ehegatten; Schadensersatzansprüche, o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
18. Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
19. Blindenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €

20. Pflegegeld oder sonstige Leistungen   \_\_\_\_\_ €  
wegen Pflegebedürftigkeit

21. Beziehen Sie sonstiges Einkommen, das oben nicht erwähnt wird?

Nein

Ja, Art des Einkommens: \_\_\_\_\_

Höhe: \_\_\_\_\_ € monatlich

22. Haben Sie eine oder mehrere Leistungen beantragt, die aber noch nicht bewilligt wurde?

Nein

Ja, Art der Leistung: \_\_\_\_\_

beantragt bei: \_\_\_\_\_

23. Haben Sie sonstige Ansprüche, z.B. Wohnrecht, Recht auf Hege und Pflege, Nießbrauchrecht, o.ä.?

Nein

Ja, Art: \_\_\_\_\_ Höhe/Wert: \_\_\_\_\_

24. Sind Sie oder Ihr Ehepartner als Beamtin/Beamter oder Angehörige(r) einer Beamtin/eines Beamten

beihilfeberechtigt bei folgender Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

nicht beihilfeberechtigt

**Bitte legen Sie zur Bestätigung Ihrer obigen Angaben für jedes Einkommen, das Sie erhalten, einen Nachweis vor (z.B. Rentenbescheid, Leistungsbescheid, o.ä.)**

Ich versichere, dass die obenstehenden Angaben zu meinem/unserem Einkommen vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen meines Einkommens unverzüglich dem Fachdienst Soziales und Senioren mitzuteilen (§ 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch –SGB I-) und nachzuweisen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift