

| | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| Mehrbedarf kostenaufwändige Ernährung (bitte Nachweise beifügen) | | |
| Betreuer(in) | | |
| Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus) seit meinem letzten Antrag | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben! |
| Gegenüber meinem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen! |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Erklärung

Den vorstehenden Überprüfungsbogen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Person habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde. Ansonsten hat die zweite Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Überprüfungsbogen oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Leistungen nach dem SGB XII erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ich habe Kenntnis davon, dass Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen erhalten. Geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer werde ich daher vor der Abfahrt schriftlich anzeigen.

Ort, Datum

Antragsteller(in) 1

Unterschrift

Ort, Datum

Antragsteller(in) 2

Unterschrift