

Stadt Leipzig
Sozialamt
Abt. 50.2
04092 Leipzig

Eingangsstempel

Aktenzeichen

► **Hinweis:**
Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Antrag auf Leistungen zur Finanzierung der Schuldnerberatung

- nach § 11 Abs. 5 SGB XII
 nach § 16a Nr. 2 SGB II

1. Daten Antragsteller(in)

Name, Vorname	Familienstand	Geburtsdatum	Geburtsort
Wohnanschrift			
Aufenthaltstitel befristet bis	unbefristet <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit	

2. Weitere Personen im Haushalt der Antragstellerin / des Antragstellers

Name, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Familienstand	Verwandtschaftliches Verhältnis

3. Bedarf

- Angabe entfällt, da laufender Hilfeempfänger (HE) nach SGB II od. SGB XII

Bedarf	Höhe
Grundmiete	
Nebenkosten	
Heizkosten	
Mehrbedarfszuschlag	
Freiw. Krankenversicherungsbeitrag	

4. Einkommen

Einkommensarten	Betrag
Arbeitslosengeld II	
Arbeitslosengeld I o.a. SGB III-Leistungen	
Erwerbseinkommen	
Rente	
Kindergeld	
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	
Sonstige(z. B. Mieteinnahmen)	

- Ratenzahlungen für Miet- oder Energieschulden, Nachweis als Anlage
 dauerhafte Lohnpfändungen, Nachweis als Anlage

5. Vermögen

- Nachweis entfällt, da laufender HE nach SGB II oder SGB XII
 Nachweis siehe Anlage

6. bestehende Schuldverpflichtungen

Gläubiger	Betrag

Hiermit versichere ich, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich keinen Antrag bei einer anderen Beratungsstelle gestellt habe. Gleichzeitig verpflichte ich mich, der Behörde jegliche Änderungen in meinen persönlichen und/oder wirtschaftlichen Verhältnissen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter
------------	--

Empfehlungen der Schuldnerberatungsstelle

Wir befürworten nach Durchführung des Erstgespräches eine Schuldnerberatung in folgendem Umfang:

- Grundberatung (1 h)
 Kurzberatung (2 h) mit P-Konto
 Kurzberatung (5 h)
 Klassische Beratung (10 h)
 zusätzlich bei Intensivberatung (5 h)
 Nachbetreuung (5 h)

Begründung mit Angaben zu den Ursachen der Verschuldung und zum konkreten Handlungsbedarf

Direktüberweisung wie folgt erbeten

IBAN	DE87 4006 0265 0000 1126 00
BIC	GENODEM1DKM
Name der Bank	DKM Darlehenskasse Münster e.G.
Verwendungszweck	

Anlagen

- Arbeitslosengeld II-Bescheid
 Empfehlung des Fallmanagers
 Hilfesuchende ohne SGB II oder SGB XII-Leistungen folgende Bedarfs- und Einkommens- sowie Vermögensnachweise

Datum, Unterschrift Schuldnerberater/in	Stempel
---	---------