

Antrag auf Gewährung von Ausgleichsleistungen nach § 8 des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes (BerRehaG)

Ausgabe des Antrages	Eingang des Antrages
----------------------	----------------------

für Herr Frau

Name der Person(en), die Ausgleichsleistungen erhalten sollen

Wurde für den Antragsteller ein Betreuer bestellt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch Amtsgericht	Az.
<input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht vom	

Name des Betreuers	Tel-Nr.
Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
Wohnort	

Personalien	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Familienname		
Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geburtsland		
Telefon		
E-Mail-Adresse		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden, seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet, seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden, seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet, seit _____
Anschrift		
vorher Ausgleichsleistungen erhalten	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein von:	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein von:
Staatsangehörigkeit:		
Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus eigener Versicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu Kindern

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
aktuelle Wohnanschrift				
Kindergeld-Nr.				
Kindergeld monatlich	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhaltsvorschuss	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhalt	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhaltspflichtiger				
weitere Einnahmen des Kindes				

Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland

Es liegen Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland vor: ja nein

(wenn ja, geben Sie bitte auf einem gesonderten Blatt folgende Daten an und fügen Sie entsprechende Nachweise bei:
Wohnanschrift, Art und Zeit der Aufenthaltszeit/Erwerbstätigkeit, Name und Anschrift des Arbeitgebers)

Bestehen aus den Aufenthalts- und Erwerbszeiten noch finanzielle Ansprüche? ja nein

wenn ja, Art/Höhe:

weitere im Haushalt lebende Personen

Name	Vorname	Geb.-Datum	Geb.-Ort	Verw. Verhältnis

Angaben zur beruflichen Benachteiligung

Die berufliche Rehabilitation nach dem BerRehaG wurde beantragt	
am:	bei Behörde:

Eine Bescheinigung über eine Anerkennung als Verfolgter nach § 1 Absatz 1 BerRehaG		
nach § 17 i. V. m. § 22 BerRehaG	vom	AZ.
nach § 18 i. V. m. § 22 BerRehaG	vom	AZ.
<input type="checkbox"/> liegt vor. <input type="checkbox"/> liegt nicht vor, weil _____. <input type="checkbox"/> wurde noch nicht beantragt. <input type="checkbox"/> wurde noch nicht entschieden. <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt.		
Endet die festgestellte Verfolgungszeit mit Ablauf des 02. Oktober 1990?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beträgt die festgestellte Verfolgungszeit mehr als zwei Jahre?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Liegt zwischen dem Beginn der Verfolgungszeit und dem Zeitpunkt, von dem an der Verfolgte die Rente bezieht, ein Zeitraum von mehr als sechs Jahren?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Folgende Verfolgungszeiten wurden festgestellt:

vom:	bis:	Monate:

Angaben zur wirtschaftlichen Lage / Einkünfte und sonstige Einnahmen

(anzugeben sind sowohl inländische als auch ausländische Einkünfte und sonstigen Einnahmen)

	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner	Sonstige Person im Haushalt
Lohn/Gehalt	EUR	EUR	EUR
Nebenverdienst	EUR	EUR	EUR
Krankengeld	EUR	EUR	EUR
Übergangsgeld	EUR	EUR	EUR

	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner	Sonstige Person im Haushalt
Insolvenzgeld	EUR	EUR	EUR
Verletztengeld	EUR	EUR	EUR
Mutterschaftsgeld	EUR	EUR	EUR
Berufsausbildungsbeihilfe	EUR	EUR	EUR
Leistungen der Pflegekasse (z. B. Pflegegeld)	EUR	EUR	EUR
Elterngeld	EUR	EUR	EUR
Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII	EUR	EUR	EUR
Aufwandsentschädigungen für nebenberufliche, gemeinnützige oder ehrenamtliche Tätigkeiten	EUR	EUR	EUR
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	EUR	EUR	EUR
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	EUR	EUR	EUR
Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit	EUR	EUR	EUR
Grundsicherung für Arbeitssuchende (Jobcenter)	EUR	EUR	EUR
Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)	EUR	EUR	EUR
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)	EUR	EUR	EUR
Eingliederungshilfe	EUR	EUR	EUR
Kindergeld/Kinderzuschlag	EUR	EUR	EUR
Wohngeld/Lastenzuschuss	EUR	EUR	EUR
Rente (bitte Arte der Rente angeben – z. B. Altersrente)	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:
Rente (bitte Art der Rente angeben – z. B. Altersrente)	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:
Pension	EUR	EUR	EUR
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	EUR	EUR	EUR
Einnahmen aus Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen	EUR	EUR	EUR
Zinseinkünfte	EUR	EUR	EUR
Versorgungsleistungen (BVG)	EUR	EUR	EUR
Sonstige Einkünfte (bitte Art der Einkünfte angeben)	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:
Sonstige Einkünfte (bitte Art der Einkünfte angeben)	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:

Ausgaben für Versicherungen

Freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung	Name und Nr.	
Freiwillige Rentenversicherung	Name und Nr.	
Wurden in der Vergangenheit freiwillig Altersvorsorgebeiträge geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Sterbeversicherung	Name und Nr.	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Hausratversicherung	Name und Nr.	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Haftpflichtversicherung	Name und Nr.	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Kranken- und Pflegeversicherung

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Name und Anschrift der Krankenkasse:		
Versichertennummer		
Art der Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> sonstige

Aufwendungen für Kosten der Unterkunft

Ich und die mit mir in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen wohnen mietfrei:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht für Sie oder andere Personen freies Wohnrecht? (ggf. Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der in der Wohnung/im Eigenheim insgesamt lebenden Personen:	
selbst bewohnte Wohnfläche:	m ²
Bei dem von mir/uns bewohnten Wohnraum handelt es sich um:	
<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> Mietkauf <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Name und Anschrift des Vermieters: _____	

Es entstehen folgende laufende Kosten für Unterkunft und Heizung:

Bei Mietern: (Bitte Mietvertrag, Vermieterbescheinigung bzw. sonstige aktuelle Nachweise/Abrechnungen einreichen!)

Art der Kosten	Betrag in €
Kaltmiete	
Nebenkosten	
Heizkosten	

Art der Kosten	Betrag in €
Abfallgebühren	
Sonstiges	
Sonstiges	

Bei Haus- und Wohnungseigentum: (Bitte aktuelle Nachweise/ Abrechnungen einreichen!)

Art der Kosten	Betrag in €
Heizkosten	
Abfallgebühren	
Fäkalienabfuhr	
Grundsteuer	
Gebäudeversicherung	
Schornsteinfegergebühren	
Straßenreinigung	

Art der Kosten	Betrag in €
Darlehenszinsen (ohne Tilgungsraten)	
Wasser	
Abwasser	
Niederschlagswasser	
Wartung Heizung	
Sonstiges	
Sonstiges	

Angaben zum Heizmittel

Gas
 Kohle
 Holzpellets
 Öl
 Flüssiggas
 Strom
 Nachtstrom
 Holz
 Fernwärme

Sonstiges _____

Die Ausgleichszahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name, Vorname des Kontoinhabers
Geldinstitut
BIC
IBAN

Erklärung

Ich versichere/Wir versichern, einen gleichlautenden Antrag bei keiner anderen Behörde gestellt zu haben.

Ich versichere/Wir versichern, dass alle Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze(n) und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, jede Änderung meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Antrag aufgeführten Behörden Auskünfte erteilen und Akteneinsicht gewähren dürfen.

Mir/Uns ist bekannt, dass Originalkontoauszüge Beweisunterlagen darstellen und ich/wir daher verpflichtet bin/sind, alle Kontoauszüge - auch die bereits vorgelegten - aufzubewahren, um diese dem Fachdienst Soziales des Salzlandkreises für spätere Nachweiszwecke gegebenenfalls erneut vorlegen zu können. Weitere Hinweise enthält das Merkblatt zur Anforderung von Kontoauszügen.

Die Hinweisblätter zur Datenerhebung nach Art. 13, 14 EU-DSGVO habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/ gesetzlicher Vertreter	Unterschrift Ehegatte/ Lebenspartner	Unterschrift Aufnehmender
------------	---	---	---------------------------