

# Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ( SGB XII)

**Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin**  
Geschäftsbereich Soziales

Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrages notwendig. Die gesetzliche Grundlage für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.

Zutreffend es bitte ankreuzen und ausfüllen

Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreicht, machen Sie bitte Ihre Angaben  
- unter X des Antrages oder  
- auf einem gesonderten Blatt

**Leben bei Ihnen noch Kinder oder Ihre Eltern bzw. ein Elternteil im Haushalt, bitte für diese Personen das Zusatzblatt der Haushaltsangehörigen auf Antrag zur Grundsicherung ausfüllen!**

<b>I. Antragsteller/in (Personenziffer 1)</b>				<b>Personenziffer 2</b>			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname				<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartner (nicht getrennt lebend)			
Geburtsdatum		Geburtsort/Kreis/Land		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname				Name, ggf. Geburtsname, Vorname			
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden → <input type="checkbox"/> verwitwet		seit		Bitte Anlage 1 Buchstabe A ausfüllen	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>		→ Bitte Anlage 2 ausfüllen		Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>		→ Bitte Anlage 2 ausfüllen	
Personal-dokument bitte vorlegen		ausgestellt von (Dienststelle)		gültig bis		Personal-dokument bitte vorlegen	
ausgestellt von (Dienststelle)		gültig bis		ausgestellt von (Dienststelle)		gültig bis	
<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓				<input type="checkbox"/> bisher keine Leistungen erhalten <input type="checkbox"/> bereits Leistungen erhalten ↓			
bis		von (Dienststelle)		Geschäftszeichen		bis	
von (Dienststelle)		Geschäftszeichen		bis		von (Dienststelle)	
<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz → <input type="checkbox"/> es besteht eine Beistandschaft →		Bitte Bestallung beifügen		<input type="checkbox"/> es besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz → <input type="checkbox"/> es besteht eine Beistandschaft →		Bitte Bestallung beifügen	
<input type="checkbox"/> Heimatvertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis A - <input type="checkbox"/> Vertriebene/r (Aussiedler/in) - Ausweis B - <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 1 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes → <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers / einer Spätaussiedlerin - Bescheinigung (nach § 15 Abs. 2 BFG) und Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes <input type="checkbox"/> Sowjetzonenflüchtling - Ausweis C -		ausgestellt am		ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt am	
ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)		ausgestellt von (Dienststelle)	

Soz III B 4 – Grundsicherung Einzelantrag – (05/13)

Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG)
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<u>Sozialversicherung</u>		<u>Sozialversicherung</u>		
<input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 6 -X-)		<input type="checkbox"/> keine (Begründung auf Seite 6 -X-)		Krankenversichert bei
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung		<input type="checkbox"/> Rentenversicherung		Rentenversichert bei
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung		<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung		Rentenversicherungsnummer
<u>Krankenversicherung:</u>		<u>Krankenversicherung:</u>		
<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung		<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung		
<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung		<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung		
<input type="checkbox"/> Familienversicherung (1)		<input type="checkbox"/> Familienversicherung (1)		
<input type="checkbox"/> Private Versicherung		<input type="checkbox"/> Private Versicherung		
<input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V		<input type="checkbox"/> Betreuung der Krankenkassen nach § 264 SGB V		

<b>II. Umfang bzw. Ausschluss der Erwerbsfähigkeit</b>		
	Antragsteller	Personenziffer 2
Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Pflegeversicherungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stufe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Stufe:
Unterbringung in einer stationären Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom bis Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zuweisung vom bis Wenn Ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor? (EU-Rente)	<input type="checkbox"/> Nein, dann bitte alle weiteren Fragen beantworten <input type="checkbox"/> Ja, weiter bei Punkt III unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein für welchen Zeitraum?	<input type="checkbox"/> Nein, dann bitte alle weiteren Fragen beantworten <input type="checkbox"/> Ja, weiter bei Punkt III unbefristet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein für welchen Zeitraum?

**(1) Hinweise:** Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil familienversichert werden. Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen familienversichert werden können.

Sind Sie zurzeit erwerbstätig?  Wenn Ja, geben Sie bitte an, in welchem Umfang und welche Tätigkeit Sie ausüben.	Können Sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil Tätigkeit: Arbeitgeber:	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – <b>mindestens drei Stunden täglich</b> einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil Tätigkeit: Arbeitgeber:		
Auszubildender/Student - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung/Studium als	<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung/Studium als		
Haben Sie Leistungen nach dem SGB II beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachweis bzw. Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid vorlegen		
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)				
<b>- Nicht vom Antragsteller ausfüllen/Vermerk der Behörde</b>				
Mögliche Ausschlussgründe für die Grundsicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<b>III. Bankverbindung</b>				
Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber/in	
IBAN		BIC		
<b>IV. Aufenthalt</b>				
Anschrift		Lage der Wohnung/Etage	Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
in Berlin seit	im Bezirk seit	zuletzt wohnhaft		
<b>V. Unterkunft</b>				
<b>V.1</b>	Name und Anschrift des Vermieters		<input type="checkbox"/> Eigenheim → <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung → <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft	Bitte Anlage 3 ausfüllen, dann weiter bei V.2
<input type="checkbox"/> Mietwohnung → <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in →	Name des Hauptmieters			
Miete insgesamt (EUR/mtl.)	Warmwasserkosten (EUR/mtl.)	Miete bezahlt bis	Mietrückstände (von/bis/EUR)	Bitte Anlage 6 ausfüllen
Heizkostenvorschuss (EUR/mtl.)	Kabelfernsehen (EUR/mtl.)	<b>Bitte Nachweis beifügen</b> Anzahl der Personen in der Wohnung	Gekündigt zum →	

V.2	Größe der Unterkunft des Antragstellers <b>Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad</b>		Gesamtwohnfläche (m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> Wohngeld wird gezahlt → <input type="checkbox"/> Wohngeld wird nicht gezahlt	Bitte Bescheid beifügen	
	Heizungsart / Warmwasser		<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Zentrale Warmwasserversorgung <input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung <input type="checkbox"/> Nachtstromspeicherheizung			
	<input type="checkbox"/> Wohnraum wird → untervermietet <input type="checkbox"/> Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> Wohnraum kann nicht → untervermietet werden	Zahl vermieteter Leerzimmer	Miete (EUR/mtl.)	Zahl möbliert vermieteter Zimmer	Miete (EUR/mtl.)	
		Grund				
	<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n freies Wohnrecht bei:		Name:	Vorname:		
Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Betreute Wohngemeinschaft, Krankenhaus) leben: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt</b> (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?		Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung		Anschrift der Wohnung <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung		
VI. Unterhalt						
Verfügt eines Ihrer Kinder vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
VII. Einkünfte des Antragstellers und der Person zu Ziffer 2		Beträge (EUR) und Angabe des Zeitraumes (mtl./wöchentl./tgl.) Bitte Nachweise beifügen				
Bezeichnung	Bewilligungsstelle	Geschäftszeichen, Rentenabrechnungsnummer, o. Ä.	<b>Antragsteller</b> (Personenziffer 1)	<b>Personenziffer 2</b>		
Nichtselbstständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)						
Gewerbebetrieb						
Land- und Forstwirtschaft						

Sonstige selbstständige Tätigkeiten				
Vermietung und Verpachtung				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, Sonstige Renten / Pensionen)				
Sozialhilfeleistungen				
Grundsicherungsleistungen				
Asylbewerberleistung				
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigung srente)				

Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u. a.)					
Kindergeld					
Kindergeldzuschlag					
Elterngeld					
Ausbildungsförderung					
Unterhalt					
Unterhaltsvorschuss					
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)					
Steuererstattung					
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)					
Sonstige Einkünfte					
Kein Einkommen			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Sind Leistungen nach Nr. VII. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓					
Antragsteller			Personenziffer 2		
Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen	Antragsdatum	Art der Leistung	Dienststelle und Geschäftszeichen

**Werden einmalige Einnahmen erwartet, z. B. eine Steuerrückzahlung?**

Nein  Ja



Antragsteller			Personenziffer 2		
Art der Leistung	Zeitpunkt	EUR	Art der Leistung	Zeitpunkt	EUR

**VIII. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge**

Keine absetzbaren Beträge	Antragsteller	Personenziffer 2
Ausgaben mtl. Betrag		
Einkommenssteuer*		
Krankenversicherung*		
Pflegeversicherung*		
Arbeitslosenversicherung*		
Rentenversicherung*		
Kirchensteuer*		
Unfallversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Hausratversicherung		
Sterbeversicherung		
Lebensversicherung		
Haftpflichtversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände		
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit:		
- öffentlichen Verkehrsmitteln		
- PKW		
- Kleinst-Pkw (bis 500 ccm)		
- Motorrad		
- Mofa		
- Sonstiges		
Nähere Begründung zu „Sonstiges“		

IX. Vermögensverhältnisse (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen)				
Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen		Antragsteller (Personenziffer 1)		Personenziffer 2
Sparguthaben/Bar geld	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein			
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein			
Sachwerte von besonderem Wert	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein	Art		
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein	Art		
Verschenktes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundvermögen)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein	Art		
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein	amtl. Kennzeichen		
Baujahr	Fabrikat	Halter		
Hauseigentum oder Grundbesitz <b>Bitte Anlage 3 ausfüllen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein			
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein			
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein			
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Nein			
X. Sonstige Angaben, z. B. über persönliche, familiäre, gesundheitliche Verhältnisse				



<b>XI.</b>	<b>Leistungen für besondere Mehrbedarfe</b>												
	<p>Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind und aus den vorgenannten Angaben nicht zu beurteilen sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb des Haushalts.</p> <p>Folgende Mehrbedarfe werden geltend gemacht:</p> <table border="1" data-bbox="156 302 1556 593"> <tr> <td data-bbox="156 302 853 425"> <input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche  <input checked="" type="checkbox"/> Vorlage Mutterschaftspass erforderlich         </td> <td data-bbox="853 302 1209 425">Name: _____</td> <td data-bbox="1209 302 1556 425">Vorname _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="156 425 853 593"> <input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen  <input checked="" type="checkbox"/> vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen         </td> <td data-bbox="853 425 1209 593">Name: _____</td> <td data-bbox="1209 425 1556 593">Vorname _____</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="156 593 1556 689"> <tr> <td data-bbox="156 593 507 689">Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)</td> <td data-bbox="507 593 853 689"></td> <td data-bbox="853 593 1209 689"></td> <td data-bbox="1209 593 1556 689"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche <input checked="" type="checkbox"/> Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen <input checked="" type="checkbox"/> vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____	Vorname _____	Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
<input type="checkbox"/> Für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche <input checked="" type="checkbox"/> Vorlage Mutterschaftspass erforderlich	Name: _____	Vorname _____											
<input type="checkbox"/> Kostenaufwendige Ernährung aus medizinischen Gründen <input checked="" type="checkbox"/> vom Sozialamt erhältlicher Vordruck ist vom behandelnden Arzt auszufüllen	Name: _____	Vorname _____											
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)													
<b>XII.</b>	<b>Bestandteile des Antrages sind die Anlagen</b>												
	<input type="checkbox"/> 1 - Unterhalt - <input type="checkbox"/> 2 - Ausländer - <input type="checkbox"/> 3 - Grundbesitz - <input type="checkbox"/> 4 -Eingliederungshilfe - <input type="checkbox"/> 6- Mietschulden <input type="checkbox"/>												
<b>XIII.</b>	<b>Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt</b>												

**Erklärung:**

Den Antrag auf Grundsicherungsleistungen mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Die Angaben zu den anderen im Haushalt befindlichen Personen

- habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde und die Richtigkeit mit meiner Unterschrift bestätigt oder
- haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und
- die Richtigkeit mit Ihrer Unterschrift bestätigt.

Ich werde den Träger der Leistungen (Land Berlin, vertreten durch die Bezirksämter v. Berlin, Geschäftsbereich Sozialwesen/Geschäftsbereich Jugend und Sport bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin/ZLA) gem. § 60 Abs. 1 Ziff. 2 SGB I unverzüglich informieren, wenn

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern,
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern,
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Des Weiteren bin ich hinreichend darüber informiert worden, dass im Falle eines konkreten Betrugsverdachts die Ermittlungen des Sachverhalts gemäß §§ 20, 21, 69 und 71 SGB X von Amts wegen – ohne meine Beteiligung – erfolgen können.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z. B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Leistungen nach SGB XII kann für die Zeit, für die ich Leistungen erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

Der Sozialhilfeträger behält sich vor, bei Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts Aufwendungsersatz nach den §§ 19 Abs. 5, 27 Abs. 3 oder § 92 Abs. 1 SGB XII geltend zu machen. In diesem Umfang habe ich dem Träger der Leistungen die Aufwendungen zu ersetzen. Dies gilt auch, wenn der Erstattungsanspruch des Trägers der Sozialleistung gegen andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. Rententräger, Krankenkasse) aus Verfahrensgründen nicht befriedigt werden kann und ich für den gleichen Zeitraum von beiden Leistungsträgern Aufwendungen erhalten habe. In diesen Fällen sind die gewährten Leistungen nach SGB XII von mir zu erstatten.

Ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass die Überweisung der Beiträge für meine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse vorgenommen wird.

Ich bin ferner davon in Kenntnis gesetzt worden, dass meine Daten, soweit sie zur Überwachung des Zahlungseingangs benötigt werden, in der Dienststelle gespeichert werden. Die Datei wird gemäß § 19 und § 19a Abs. 1 Berliner Datenschutzgesetz – BlnDSG – vom 17. Dezember 1990 (GVBl. 1991 S. 16), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. November 2007 (GVBl. S. 598) mit der Dateibeschreibung dem behördlichen Datenschutzbeauftragten gemeldet. Die Dateibeschreibungen und Verzeichnisse können von jeder Person beim behördlichen Datenschutzbeauftragten eingesehen werden.

Unterschrift des Antragstellers/Datum	Unterschrift der 2. Person / Antragsteller 2 (nicht getrennt lebender Ehegatte, Lebenspartner oder Partner in eheähnlicher Lebensgemeinschaft) / Datum
---------------------------------------	--

Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt	Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/Datum
--	--