

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt	3. Kapitel SGB XII	Eingangsstempel
<input type="checkbox"/> Grundsicherung	4. Kapitel SGB XII	
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit	5. Kapitel SGB XII	
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe	6. Kapitel SGB XII	
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege	7. Kapitel SGB XII	
<input type="checkbox"/> Bestattungskosten	9. Kapitel SGB XII	
<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen		Aktenzeichen:
Bemerkungen:		

Hinweis: Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 SGB I). Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden die in diesem Antragsformular samt Anlagen abgefragten Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen und die geforderten Nachweise beizulegen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch die Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung und -verarbeitung erfolgt gem. §§ 35, 60 ff SGB I i. V. m. §§ 67 ff SGB X. Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO finden Sie unter: www.nuernberger-land.de/datenschutz oder in Papierform bei dem/der zuständigen Sachbearbeiter/in.

1. Persönliche Verhältnisse der Antragstellerin / des Antragstellers

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Name (Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Staatsangehörigkeit(en)		
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
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:
Geschieden durch Amtsgericht		
Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
In Deutschland lebend seit Geburt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tag und Ort des Grenzübertrittes aus dem Ausland		
Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?		
Vertriebenenausweis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Bitte Ausweis in Kopie beilegen	Ausstellungstag und Behörde:	Ausstellungstag und Behörde:
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status (z. B. Aufenthalts- bzw. Niederlassungserlaubnis) Bitte Aufenthaltstitel in Kopie beilegen	gültig bis: _____	gültig bis: _____

2. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Name und Anschrift der Kranken- und Pflegekasse <small>(ggf. Daten der Kasse, bei welcher Sie zuletzt versichert waren)</small>		
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> beitragsfrei / familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> Rentenantragssteller / Rentner	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> beitragsfrei / familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> Rentenantragssteller / Rentner
Monatlicher Beitrag (bitte Nachweis beilegen)	EUR	EUR

3. Angaben zu Beschäftigungen und Einkommen

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
derzeitige Beschäftigung und aktueller Arbeitgeber:		
Beschäftigungsdauer	von – bis:	von – bis:
Beendigungsgründe		
Arbeitslos gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Wurde beim Arbeitsamt Arbeitslosengeld oder andere Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
bei Nichterwerbstätigen Grund der Nichterwerbstätigkeit		
voll- oder teilstationäre Unterbringung <small>(z. B. Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte)</small>		

3.1 Monatliches Nettoeinkommen (§§ 82 ff SGB XII)

Art des monatlichen Einkommens	Hilfesuchende/r	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
	EUR	EUR
Renteneinkommen		
Altersruhegeld		
Rente wg. voller Erwerbsminderung		
Ausländische Rente/n		
Witwenrente		
Betriebsrente		
Berufsunfähigkeitsrente		
Regelmäßige Einkünfte		
Arbeitnehmertätigkeit (auch 450,00 € Jobs)		
Gewerbe und selbständige Arbeit		
Land- und Forstwirtschaft		
Kapitalertrag / Zinsen		
Miet- und Pachteinnahmen		
Einkünfte aus ehrenamtlicher Tätigkeit		
Lohnersatzleistungen		
Übergangsgeld		
Krankengeld		
Mutterschaftsgeld		
Elterngeld / Landesfamiliengeld		
Sonstiges Einkommen		
Kindergeld		
Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt		
Arbeitslosengeld bzw. Sozialgeld		
Wohngeld / Lastenzuschuss		
Unterhaltszahlungen		
Pflegegeld		
USG-Leistungen		
sonstige Einkünfte:		
sonstige Einkünfte:		
sonstige Einkünfte:		

3.2 Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens (§ 82 Abs. 2 Nr. 4 SGB XII)

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Fallen Ausgaben zur Erzielung des Einkommens an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja:		
einfache Wegstrecke vom Wohnort zur Arbeitsstelle	km	km
Fahrtkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln	EUR	EUR
Sonstige Aufwendungen	EUR	EUR

3.2 Beiträge zu Versicherungen (§ 82 Abs. 2 Nr. 3 SGB XII)

Lebensversicherung / Altersvorsorgeversicherung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nachweise in Kopie beilegen
- Versicherungsnehmer		<input type="checkbox"/> Hilfesuchende(r) <input type="checkbox"/> Ehegatte(in) bzw. Lebenspartner/in	
- Versicherungsnummer			
- Rückkaufswert (Nachweis in Kopie beilegen)		EUR	
- Höhe der Versicherungssumme		EUR	
- Handelt es sich um eine sog. Riester-Rente		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
- Besteht die Möglichkeit einer einmaligen Kapitalauszahlung (auch teilweise?)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen weitere Lebens- bzw. Altersvorsorgeversicherungen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(wenn „Ja“ sind die benötigten Auskünfte auf einem Beiblatt anzugeben.)
Sterbegeldversicherung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nachweise in Kopie beilegen
- Versicherungsnehmer		<input type="checkbox"/> Hilfesuchende(r) <input type="checkbox"/> Ehegatte(in) bzw. Lebenspartner/in	
- Versicherungsnummer			
- Rückkaufswert (Nachweis in Kopie beilegen)		EUR	
- Höhe der Versicherungssumme		EUR	
Sonstige Versicherungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nachweise in Kopie beilegen
- Versicherungsnehmer		<input type="checkbox"/> Hilfesuchende(r) <input type="checkbox"/> Ehegatte(in) bzw. Lebenspartner/in	
- Art der Versicherung/en (z. B. Hausrat, Haftpflicht, Unfall etc.)		<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> Hausratversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Bitte eine Kopie der Versicherungspolice, der letzten Beitragsrechnung und eines Zahlungsnachweises beilegen.			
Sollten die vorstehenden Zeilen für Ihre Angaben nicht ausreichen, teilen Sie uns die benötigten Auskünfte bitte auf einem separaten Beiblatt mit.			

Nicht geklärte Ansprüche

Erhalten Sie oder Ihr/e Ehegatte(in) weitere Leistungen bzw. wurden Anträge auf Leistungen gestellt, über die noch nicht entschieden wurde?:			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar auf:	<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege (ab Pflegegrad 2)
		<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Sozialgeld	<input type="checkbox"/> Wohngeld / Lastenzuschuss
		<input type="checkbox"/> Lastenausgleich	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsleistungen
		<input type="checkbox"/> Unfalleistungen	<input type="checkbox"/> Ausländische Rentenansprüche
		<input type="checkbox"/> aus anderem Grund:	
		Der Antrag wurde am bei folgender Behörde gestellt:	

4. Angaben zu Vermögenswerten (§ 90 SGB XII)

Hilfesuchende / Hilfesuchender			
Bank- und Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	IBAN		
	BIC	Kreditinstitut:	
	Bestehen weitere Spar- oder Bankkonten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn Ja bitte IBAN und Kontostand mitteilen)		
Bargeld	Ich verfüge über EUR		
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche Art und wo? (Bitte Nachweise über Wert, Größe sowie Lage beilegen)			
Vertraglich gesicherte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche: (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Wartung) Bitte Nachweise beilegen)			
Sonstige Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> Ich habe keine sonstigen Vermögenswerte		
	<input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in Form von (z. B. Wertpapiere, Sammlungen, Bausparverträgen, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte (Darlehen), Vermögenswerte im Ausland usw.)		
Kraftfahrzeug (auch ohne derzeitige Zulassung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kennzeichen	Baujahr
	Hersteller und Typenbezeichnung:		Zeitwert EUR
Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)			
Spar- und Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	IBAN		
	BIC	Kreditinstitut:	
	Bestehen weitere Spar- oder Bankkonten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn Ja bitte IBAN und Kontostand mitteilen)		
Bargeld	Ich verfüge über EUR		
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche Art und wo? (Bitte Nachweise über Wert, Größe sowie Lage beilegen)			
Vertraglich gesicherte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche: (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Wartung) Bitte Nachweise beilegen)			
Sonstige Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> Ich habe keine sonstigen Vermögenswerte		
	<input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in Form von (z. B. Wertpapiere, Sammlungen, Bausparverträgen, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte (Darlehen), Vermögenswerte im Ausland usw.)		
Kraftfahrzeug (auch ohne derzeitige Zulassung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kennzeichen	Baujahr
	Hersteller und Typenbezeichnung:		Zeitwert EUR

4.1 Übergabe (Schenkung oder Veräußerung) von Vermögenswerten innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung (§§ 516 ff BGB) (Bitte Nachweise vorlegen!)

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Barvermögen in EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wertpapiere usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Vermögen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Zeitpunkt, Anlass, Art und Empfänger angeben		
Wurden Verträge zugunsten Dritter abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, für wen?		

5. Heim-, Anstalts- oder Einrichtungsunterbringung oder –Entlassung

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Werden Sie in ein Heim oder eine Einrichtung aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja: Wo waren Wohnung und Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten?		
Ist der Übertritt von einem Heim bzw. Einrichtung in eine andere Einrichtung geplant oder werden Sie entlassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja: Wer war bisheriger Kostenträger der Unterbringung?		
Bitte eine lückenlose Aufstellung der bisherigen Unterbringung bzw. des Aufenthaltsortes auf einem Beiblatt mitteilen (insbesondere Mitteilung des Heimes bzw. Einrichtung, Aufnahme- und Entlassungsdaten, Aufenthaltsorte seit der Entlassung etc.)		

6. Sonstige Angaben

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Steht eine Person unter gesetzlicher Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift des Betreuers (bitte Betreuerausweis in Kopie beilegen)		
Ist ein Antrag auf Rente gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein Antrag auf Rente abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, aus welchem Grund?		
Wenn ja, bei welchem Rentenversicherungsträger?	Name des Rentenversicherungsträgers	Name des Rentenversicherungsträgers

	Hilfesuchende(r)	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Haben Sie bereits früher Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja , von welcher Behörde?		
Wovon haben Sie Ihren Lebensunterhalt bestritten?		
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder erteilt? (Bitte Ausweis in Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, wurde das Merkzeichen „G“ oder „aG“ zuerkannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft? Bitte Mutterpass in Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird wegen Krankheit oder Behinderung eine kostenaufwändige Ernährung benötigt? Wenn ja, bitte Atteste in Kopie beilegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie für im Haushalt lebende Kinder Alleinerziehende/r?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde Ihnen ein Pflegegrad zuerkannt? Wenn Ja welcher Grad?	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein
Werden freiwillig Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist in den vergangenen 24 Monaten ein Mitglied Ihres Haushalts verstorben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Kriegsbeschädigter oder Kriegshinterbliebener?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalles?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „ja“ sind Wohnort, Erwerbstätigkeit sowie die Zeiten der Erwerbstätigkeit auf einem Beiblatt vollständig anzugeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „ja“ sind Wohnort, Erwerbstätigkeit sowie die Zeiten der Erwerbstätigkeit auf einem Beiblatt vollständig anzugeben.

7. Anlagen zum Hauptantrag

Fallen Kosten für Unterkunft und Heizung an?	<input type="checkbox"/> ja → Bitte Anlage 1 ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein
Wohnen noch weitere Personen im Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja → Bitte Anlage 2 ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein
Sind unterhaltspflichtige Angehörige, die außerhalb des Haushalts leben (z. B. eheliche, nicht-eheliche, für ehelich erklärte oder angenommen Kinder, Eltern) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja → Bitte Anlage 3 ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein

8. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte auf folgende Bankverbindung zu überweisen:

IBAN	
Kontoinhaber	
BIC	Kreditinstitut
Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto („P-Konto“)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Erklärung der/des Hilfesuchenden
und ihres/seines Ehegatten(in) / Lebenspartner(in)**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben in diesem Antrag und den beigelegten Anlagen 1 – 3 voll der Wahrheit entsprechen und dass nichts Wesentliches verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch falsche oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich bestätigte ausdrücklich darüber unterrichtet worden zu sein,

- dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind (insbesondere der Einkommens-, Familien-, Vermögens- sowie Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Wohnortwechsel und länger als 1 Monat dauernde Abwesenheiten (z. B. Krankenhausaufenthalte, Kuren)) unverzüglich und aufgefodert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe,
- dass meine Auskünfte teilweise mit Angaben, die gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht wurden, abgeglichen werden (§ 118 SGB XII) und
- dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. Unterhaltsleistungen) auf den Sozialhilfeträger übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Hiermit ermächtige ich den Sozialhilfeträger – soweit für die Hilfestellung erforderlich – Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte, einzusehen.

Auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten wurde ich hingewiesen.

Ich entbinde hiermit meine behandelnden Ärzte, Kliniken, ärztliche Gutachter und Rentenversicherungsträger gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Entscheidung über die Sozialhilfestellungen erforderlich ist.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / gesetzl. Vertreter(in)	Unterschrift Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
------------	--	---

Stellungnahme der Wohnsitzgemeinde

Vorstehende Angaben der/des Antragstellers(in) erscheinen glaubhaft nicht glaubhaft

Der vorstehende Antrag ist am _____

bei der Gemeinde / Markt / Stadt _____ eingegangen.

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Gemeinde
------------	---------------------------------------