

4. Sind Sie oder ein anderer Haushaltsangehöriger vorübergehend vom Haushalt abwesend?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende		
Name, Vorname	Dauer der Abwesenheit (von-bis)	Grund

Haushaltsangehörige, die vom Haushalt vorübergehend abwesend sind, sind z.B. Studierende, Auszubildende.

5. Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn Sie oder ggfs. Ihre Familien-/Haushaltsangehörige nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, weisen Sie Ihre Aufenthaltsberechtigung bitte durch Vorlage eines Passes/Ausweises oder einer Bescheinigung der Ausländerbehörde nach.)

6. Einnahmen

Einkommen im Sinne des SHWoFG ist die Summe der positiven Einkünfte nach § 2 Abs. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) einer jeden zum Haushalt rechnenden Person

Bitte alle Personen mit Einnahmen eintragen:	Name	Name	Name	Name
Einnahmen z.B. aus:	€	€	€	€
Nichtselbständiger Arbeit/ Pensionen/Betriebsrenten				
Selbständiger Arbeit/ Gewerbe				
Renten aller Art/Unterhaltshilfe				
Arbeitslosengeld 1 und 2, Sozial-, Unterhalts-, Krankengeld				
Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung, Leistungen nach dem USG				
Unterhaltsleistungen				
BAföG/Ausbildungsbeihilfen				
Kapitalvermögen				
Vermietung und Verpachtung				
Land- u. Forstwirtschaft				
Sonstige Einnahmen, die bisher noch nicht genannt wurden:				

Vermögen

Haben Sie verwertbares Vermögen in Höhe von 60.000 Euro für das erste zu berücksichtigende Haushaltsmitglied und für jedes weitere Haushaltsmitglied von 30.000 Euro? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Werbungskosten

Werbungskostenpauschbeträge für steuerpflichtige Einnahmen werden ohne Nachweise berücksichtigt. Höhere Aufwendungen sind nachzuweisen.

Abgaben/Beiträge

Bitte geben Sie an, ob Sie Steuern, Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherungsbeiträge zahlen. Bitte ankreuzen.

Steuern				
Gesetzl. Kranken-/. Pflegeversicherung				
gesetzliche Rentenversicherung				
freiwillige Beiträge zur Krankenversicherung, soweit nicht gesetzlich versichert. (Belege beifügen)				

Werden sich Ihre oder die Einnahmen einer anderen zu Ihrem Haushalt rechnenden Personen in den Nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen, z.B. Arbeitsaufnahme, Arbeitslosigkeit?

Name, Vorname	Datum der Veränderung	Betrag pro Monat	Grund der Veränderung

Erhalten Sie Kindergeld oder stattdessen einen steuerlichen Freibetrag nach § 32 EStG?

Name des Kindes/der Kinder

Sind Sie oder eine andere zum Haushalt rechnende Person schwerbehindert?

Name, Vorname	Grad der Behinderung	Häuslich pflegebedürftig i.S. des § 14 SGB XII	Pflegegrad

Zahlen Sie oder eine andere zum Haushalt gehörende Person aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen Unterhalt? nein ja

Wer? Name, Vorname	Für wen? Name, Vorname	Betrag pro Monat	Grund

Angaben bei zusätzlichem Raumbedarf

Ein zusätzlicher Raumbedarf besteht nein ja
Ein zusätzlicher Raumbedarf besteht in Zukunft nein ja

Begründung:

Betreuen Sie oder ein anderes Haushaltsmitglied als nicht nur vorübergehend getrenntlebender Eltern oder Pflegeeltern mit gemeinsamen Sorgerecht ein oder mehrere Kind/er und wird dafür besonderer Wohnraum bereitgehalten? nein ja

Für welches Kind?	Name, Vorname, geb.	Name, Vorname, geb.	Name, Vorname, geb.
Zu welchen Teilen?			
Gleichen Teilen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geringeren Teilen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Erklärung

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Die erforderlichen Nachweise füge ich bei.

Ort, Datum, Unterschrift