

Name, Vorname _____

Geschäftszeichen der Hauptfürsorgestelle _____

Anlage E zum Antrag vom _____

Angaben zu Einkommen und Belastungen

| I. Einkommen der antragstellenden Person | monatlich € | (Diese Spalte bitte nicht ausfüllen) |
|--|----------------|--|
| Arbeitseinkommen / Beamtenrechtliche Bezüge (netto) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Regelmäßiges Einkommen _____ Weihnachtsgeld (Zahlmonat: _____) _____ € Sonstige Sonderzahlung Art: _____ (Zahlmonat: _____) _____ € Lohnersatzleistungen / Nebenbeschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Elterngeld, o.ä. Art: _____ | _____ | |
| Kindergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein für: _____ | _____ | |
| Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grundrente _____ Ausgleichsrente _____ Pflegezulage, Stufe _____ Ehegattenzuschlag _____ Kleiderverschleißzulage _____ Kinderzuschlag _____ Führzulage _____ Berufs/Schadensausgleich _____ Schwerstbeschädigtenzulage _____ Elternrente _____ _____ Pflegeausgleich _____ | _____ | |
| Sozialversicherungsrenten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Altersruhegeld _____ Unfallrente _____ Erwerbsunfähigkeitsrente _____ Hinterbliebenenrente _____ | _____ | |
| Leistung der Pflegekasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | _____ | |
| Beamtenrechtliche Versorgung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versorgungsbezüge _____ Sonderzuwendung _____ Unfallausgleich _____ | _____ | |
| Andere Einkünfte (aller Art!) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein z.B. Sozialhilfe, Grundsicherung, Lastenausgleich, Unterhalt, Sachbezüge, Mieten/Pachten, Zinsen, sonstige Renten (z.B. Firmenrente, Leibrente, ZVK/VBL-Rente) _____ | _____ | |

II. Familienangehörige

| | Name | Vorname | geboren am | Verwandtschaftsverhältnis | kein Einkommen |
|---|------|---------|------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> |

(Diese Spalte bitte nicht ausfüllen)**III. Einkommen der Familienangehörigen**

| lfd. Nr. aus II. | Art des Einkommens | mtl. € (netto) |
|------------------|--------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IV. Monatliche Miete (bei Haus oder Eigentumswohnung: Anlage W)

Grundmiete _____ Nebenkosten _____ Heizkosten _____ € mtl.
 Warmwasser _____ Garage _____ € mtl.
 Wohngeld nein ja, _____ € mtl.

V. Wirtschaftliche Belastungen**Versicherungsbeiträge:**

Hausrat _____ € mtl./jährl.* Haftpflicht _____ € mtl./jährl.*
 Kfz-Haftpflicht _____ € mtl./jährl.* Priv.-Unfall _____ € mtl./jährl.*
 Kfz-Teilkasko _____ € mtl./jährl.* _____ € mtl./jährl.*
 _____ € mtl./jährl.* _____ € mtl./jährl.*
 Beitrag zum Behinderten-/Berufsverband _____ € mtl./jährl.*

Nur für Berufstätige zusätzlich:

Die einfache Entfernung zum Arbeitsplatz beträgt _____ km
 oder Kosten Fahrkarte öffentliches Verkehrsmittel _____ € mtl./jährl.*
 Arbeitsmittel _____ € mtl.

* = bei anderen Zahlungszeiträumen diesen bitte über die Pfeiltaste auswählen (z.B. halbjährl. etc.).

VI. Besondere wirtschaftliche Belastungen

z.B. Unterhaltszahlungen, Darlehen, Pflegebedürftigkeit, Haushaltshilfe, Diät
