

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch (SGB) XII

für:

Name(n) der Person(en), die Sozialhilfe beantragt/beantragen

wird folgende Leistung beantragt:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)
- Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel)
- Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (7. Kapitel SGB XII)
- Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen (7. Kapitel SGB XII)
(beinhaltet eine Prüfung auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und eine Prüfung auf Hilfen zum Lebensunterhalt)
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (8. Kapitel SGB XII)
(nur ambulante Leistungen ohne betreutes Wohnen nach § 67 SGB XII)
- Hilfe in anderen Lebenslagen (9. Kapitel SGB XII)
(für Hilfen nach § 74 SGB XII (Bestattungskosten) bitte eigenes Antragsformular verwenden)

Ausgabedatum:

ausgegeben von:

Hinweis: Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Nachweise benötigt. Der Antrag ist daher sorgfältig auszufüllen; die Richtigkeit der gemachten Angaben ist durch Unterschrift auf der letzten Seite des Antrages zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67 a Absatz 2 Satz 1 SGB X – die weitere Datenverarbeitung nach § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Mitwirkungsverpflichtungen ergeben sich aus §§ 60 ff. SGB I. Ihre Angaben werden teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern, gemacht haben, automatisch verglichen (§

| ① Persönliche Verhältnisse | Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | Ehegatte/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| Name (ggf. Geburtsname) | | | | | | |
| Vorname(n) | | | | | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | | | | | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden (Kopie Scheidungsurteil beifügen) <input type="checkbox"/> verwitwet <div style="text-align: right;">seit: _____</div> | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden (Kopie Scheidungsurteil beifügen) <input type="checkbox"/> verwitwet <div style="text-align: right;">seit: _____</div> | | | | |
| Staatsangehörigkeit ggf. Aufenthaltsrechtlicher Status | | | | | | |
| ggf. Jahr des Zuzugs nach Deutschland | | | | | | |
| Vertriebenenausweis (§§ 1 bis 3 BVFG), Spätaussiedler (§ 4 BVFG) | | | | | | |
| Wohnanschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort | | | | | | |
| Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Anbieter Betreutes Wohnen: | | | | | | |
| Ausweispapiere | <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. | <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. | | | | |
| Ausstellungstag- und -behörde | | | | | | |
| Erwerbsminderung/Arbeitsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit ggf. Grund hierfür | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 50%; border: none;">pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> | erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 50%; border: none;">pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> | erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| Schwerbehindertenausweis (Kopie beifügen) | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">ausgestellt am: _____ gültig bis: _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> | ausgestellt am: _____ gültig bis: _____ | Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">ausgestellt am: _____ gültig bis: _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> | ausgestellt am: _____ gültig bis: _____ | Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ausgestellt am: _____ gültig bis: _____ | Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| ausgestellt am: _____ gültig bis: _____ | Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| Schulabschluss | | | | | | |
| erlernter Beruf | | | | | | |
| derzeit/zuletzt ausgeübte Tätigkeit | | | | | | |
| derzeitiger/letzter Arbeitgeber | | | | | | |
| Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung (Nachweise sind beizufügen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| | → <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen nach § 56 SGB IX | → <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen nach § 56 SGB IX | | | | |
| | → <input type="checkbox"/> andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX | → <input type="checkbox"/> andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX | | | | |
| | → <input type="checkbox"/> im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote | → <input type="checkbox"/> im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote | | | | |
| | Arbeitstage: _____ / Wochenarbeitszeit: _____ | Arbeitstage: _____ / Wochenarbeitszeit: _____ | | | | |
| Name Anbieter der Maßnahme | | | | | | |

| ② weitere Personen | Personen, die auch in der Haushaltsgemeinschaft leben (weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!) | | | |
|--|--|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Name (ggf. Geburtsname) | | | | |
| Vorname(n) | | | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zur/zum nachfragenden Person/Antragsteller(in) | | | | |
| Beruf | | | | |
| Arbeitgeber | | | | |

| Falls eine der unter ① oder ② genannten Personen ein nichteheliches Kind ist, sind folgende Angaben zu machen: (weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!) | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Name der Person / des Kindes | | | | |
| Name des / der Unterhaltspflichtigen | | | | |
| Vorname des / der Unterhaltspflichtigen | | | | |
| Wohnanschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort | | | | |
| Name des Vormunds / Pflegers | | | | |
| Vorname Vormunds / Pflegers | | | | |
| Anschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort | | | | |
| festgestellter monatl. Unterhaltsbetrag | | | | |
| Höhe der tatsächlichen Zahlungen | | | | |
| Datum, Aktenzeichen des Urteils, oder Beschlusses | | | | |
| ausgefertigt durch | | | | |

| ③ Einkommensverhältnisse | (alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!) | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Art des Einkommens monatlich in EURO | Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in | Ehegatte/Lebenspartner/Partner eheähnliche Gemeinschaft | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 1 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 2 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 3 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 4 |
| kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einkommen - nichtselbstständige Tätigkeit | | | | | | |
| Einkommen - selbstständige Tätigkeit | | | | | | |
| Einkommen - Vermietung, Verpachtung | | | | | | |
| Leistungen der Krankenkasse | | | | | | |
| Leistungen Agentur für Arbeit | | | | | | |
| Rente/Pension | | | | | | |
| Rente/Pension | | | | | | |
| Ausländische Rente | | | | | | |
| Ausländische Rente | | | | | | |
| Leistungen Bundesversorgungsgesetz | | | | | | |
| Lastenausgleich | | | | | | |
| Kindergeld, Erziehungsgeld | | | | | | |
| Ausbildungsförderung | | | | | | |
| Unterhalt | | | | | | |
| Wohngeld/Lastenzuschuss | | | | | | |
| sonstige Einkünfte: | | | | | | |
| sonstige Einkünfte: | | | | | | |
| sonstige Einkünfte: | | | | | | |
| sonstige Einkünfte: | | | | | | |

| ④ vom Einkommen abzusetzende Beträge | (alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!) | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in | Ehegatte/Lebenspartner/Partnereheähnliche Gemeinschaft | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 1 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 2 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 3 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 4 |
| keine absetzbare Beträge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| entrichtete Steuern auf Einkommen | | | | | | |
| Kranken-, Pflegeversicherung | | | | | | |
| Arbeitslosenversicherung | | | | | | |
| Rentenversicherung | | | | | | |
| Altersvorsorgebeiträge | | | | | | |
| sonstige Vers.: | | | | | | |
| sonstige Vers.: | | | | | | |
| sonstige Vers.: | | | | | | |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstelle | | | | | | |
| Benutztes Verkehrsmittel | | | | | | |
| Entfernung Wohnung / Arbeitsstelle | km | km | km | km | km | km |
| weitere Werbungskosten | | | | | | |
| Sonstiges: | | | | | | |
| Sonstiges: | | | | | | |

| ⑤ Vermögensverhältnisse | (alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!) | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Art des Vermögens in EURO | Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in | Ehegatte/Lebenspartner/Partnereheähnliche Gemeinschaft | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 1 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 2 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 3 | sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 4 |
| kein Vermögen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bargeld | | | | | | |
| Bank- / Sparguthaben | | | | | | |
| Bank- / Sparguthaben | | | | | | |
| Wertpapiere, Depotwerte | | | | | | |
| Lebensversicherung(en) Rückkaufwert(e) | | | | | | |
| Hauseigentum | | | | | | |
| sonstiger Grundbesitz | | | | | | |
| Kraftfahrzeug(e): Marke, Typ, Kennzeichen, Erstzulassung | | | | | | |
| Ansprüche aus Übergabeverträgen Art: (Nießbrauch, Wohnrecht, etc.) Wert: | | | | | | |
| staatl. geförderte private Altersvorsorge | | | | | | |
| Bestattungsvorsorgevertrag | | | | | | |
| sonstiges Vermögen: | | | | | | |
| sonstiges Vermögen: | | | | | | |
| sonstiges Vermögen: | | | | | | |

| ⑥ Kosten der Unterkunft (monatlich) | | (alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!) | | | Seite 4 |
|-------------------------------------|---|---|-------------------------------|----------------|------------|
| a) Miete | Zahl der Personen in der Wohnung | | Jahr der Bezugsfertigkeit | | |
| | Wohnfläche | m ² | davon untervermietet | m ² | |
| | Gesamtkosten der Unterkunft | € | Einnahmen aus Untervermietung | € | |
| | davon: Kaltmiete | € | | | |
| | Nebenkosten | € | | | |
| | Heizungskosten | € | | | |
| | Kosten für Kochfeuerung enthalten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Kosten für Warmwasseraufbereitung enthalten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Kosten für Strom | € | | | |
| b) besondere Wohnform | Zimmer zur privaten Nutzung | m ² | | | |
| | alleinige Nutzung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Doppelzimmer | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Dreibettzimmer | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Bewohnerzahl der besonderen Wohnform insgesamt | | | | |
| | Nettokosten der Unterkunft | € | | | |
| | Heizkosten | € | | | |
| | Betriebskosten | € | | | |
| | Gesamtkosten der Unterkunft | € | | | |
| | In den Betriebskosten enthaltende Zuschläge nach § 42 a Absatz 5 Nummer 1- 4 SGB XII: | | | | |
| | Möblierung | € | | | |
| | Haushaltsstrom | € | | | |
| | Telekommunikation, sowie Zugang zu Rundfunk | € | | | |
| | Fernsehen und Internet | € | | | |
| | ggfls. Wohnnebenkosten (Nachweis beifügen!) | € | | | |
| c) Haus-/Wohnungseigentum | bei Hauseigentum: Zahl der Wohnungen | | Einnahmen aus Vermietung | € | |
| | Wohnfläche selbstgenutzter Wohnraum | m ² | | | |
| | dauernde Lasten (z.B. Erbpachtzins) | € | | | |
| | Grundsteuer | € | | | |
| | öffentliche Abgaben (z.B. Müllabfuhr, o. ä.) | € | | | |
| | Kosten für Wasser | € | | | |
| | Kosten für Strom | € | | | |
| | Kosten für Schornsteinfeger | € | | | |
| | Haftpflichtversicherung für Grundbesitz | € | | | |
| | Feuerversicherung | € | | | |
| | sonstige Kosten: | € | | | |
| | sonstige Kosten: | € | | | |
| | sonstige Kosten: | € | | | |
| | Schuldverpflichtungen: | Zinsen: € | Tilgung: € | Gläubiger: | |
| | Schuldverpflichtungen: | Zinsen: € | Tilgung: € | Gläubiger: | |
| | Schuldverpflichtungen: | Zinsen: € | Tilgung: € | Gläubiger: | |
| | Schuldverpflichtungen: | Zinsen: € | Tilgung: € | Gläubiger: | |

| ⑦ mögliche Ansprüche gegen Dritte | |
|-----------------------------------|--|
| a) Vermögensübertragung | <p>Wurde Vermögen vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (siehe beigefügte Urkunde / Vertrag) <p>Bemerkungen: _____</p> |
| b) Versicherungsansprüche | <p>Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Versicherungsnummer _____ <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nach § 264 SGB V <input type="checkbox"/> familienversichert bei: _____</p> <p>Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____ <p>Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid über die Festsetzung der Pflegestufe beifügen!</p> <p>Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist)?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Rentenversicherungsnummer _____ <p><input type="checkbox"/> Antrag gestellt am: _____</p> <p>Besteht eine Sterbegeldversicherung (auch Nachweis über Rückkaufswert beifügen)?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Versicherungsnummer _____ <p>Besteht eine Lebensversicherung (auch Nachweise über Rückkaufswert(e) beifügen)?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Versicherungsnummer _____ <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Versicherungsnummer _____ |
| c) sonstige Ansprüche | <p>Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <p>Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwe/Witwe/Waise/Eltern) <p>Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!) <p>Bestehen sonstige Ansprüche? (z. B. Schadensersatzanspruch, private Unfallversicherungen, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. - wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungs-Nr. und Anschrift des/der Verpflichteten angeben)</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Art _____ <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Art _____ <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Name, Anschrift _____ Art _____ |

| ⑧ unterhaltspflichtige Angehörige | (weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!) | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Name (ggf. Geburtsname) | | | | | |
| Vorname(n) | | | | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | | | | | |
| Familienstand | | | | | |
| Wohnanschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort | | | | | |
| Telefon (für Rückfragen) | | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zur/zum nachfragenden Person/Antragsteller(in) | | | | | |
| Beruf | | | | | |
| Arbeitgeber | | | | | |
| Existiert ein Unterhaltstitel? | <input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein |
| Verfügt ein Kind bzw. verfügen die Eltern gemeinsam vermutlich über Einkommen ab 100.000 EUR jährlich? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| ⑨ Sonstiges | |
|---|---|
| a) Wohnen in einer besonderen Wohnform oder im betreuten Wohnen, Heimunterbringung, | Aufenthalt der letzten 2 Monate vor Einzug in einer besonderen Wohnform nach § 42a SGB XII bzw. in ein betreutes Wohnen oder vor der Aufnahme in ein Pflegeheim (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits genannten Wohnort übereinstimmt): von _____ bis _____ Ort, Straße _____ von _____ bis _____ Ort, Straße _____ von _____ bis _____ Ort, Straße _____ Träger der besonderen Wohnform bzw. des Betreuten Wohnens _____ Aufnahmezeit _____ oder Name des Pflegeheims _____ |
| | Bei Pflegeheimunterbringung: Liegt eine Pflegeeinstufung durch die Pflegekasse vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen) <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ Unterbringungsart: <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Dauerpflege |
| | b) Angaben über früheren Leistungsbezug Wurde bereits früher Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung bzw. Grundsicherung für Arbeitssuchende bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____ Behörde _____ von _____ bis _____ Behörde _____ Wann, woher und aus welchem Grund erfolgte ein Umzug in den Kreis Offenbach? _____ Wurde der Umzug durch eine Behörde bezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertritts: _____ |

| ⑩ Allgemeines | (alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!) |
|--|--|
| a) Bevollmächtigung | Ist für eine der im Antrag genannten Personen durch ein Gericht ein/e Betreuer/in eingesetzt oder besteht eine Vollmacht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Name Gericht, Aktenzeichen </div> _____ Name, Anschrift des Betreuers/der Betreuerin oder des/der Bevollmächtigten |
| | Existiert für eine der im Antrag genannten Personen eine (Vorsorge-) Vollmacht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für: _____ _____ Name _____ Name, Anschrift des/der Bevollmächtigten |
| b) Bankverbindung für Auszahlung der Leistungen | _____ |
| | Kontoinhaber/in (falls abweichend von Antragsteller/in) |
| | _____ |
| | IBAN BIC |
| | _____ |
| | Geldinstitut |

Informationen gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Gemäß Art. 13 DSGVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der gewünschten Verwaltungshandlung zu informieren.

| | | |
|---------------------|---|---|
| Kontaktdaten | Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DSGVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist: | Der Kreisausschuss des Kreises Offenbach Werner-Hilpert-Straße 1, 63128 Dietzenbach Telefon: 06074/8180-0, E-Mail: info@kreis-offenbach.de |
| | Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG | Datenschutzbeauftragter Werner-Hilpert-Straße 1, 63128 Dietzenbach Telefon: 06074/8180-5408 E-Mail: datenschutz@kreis-offenbach.de |

Ihre Rechte als Betroffene/r:

Als betroffene Person informieren wir Sie darüber, dass Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DSGVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DSGVO, ein Recht auf Daten gem. Art. 17 DSGVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DSGVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DSGVO sowie in den Fällen des Art. 21 Abs. 1 und 2 DSGVO ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung haben.

Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, sich wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Zuständige Aufsichtsbehörde: Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| Umfang der Verarbeitung | Die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten werden zu folgendem Zweck verarbeitet: | Bearbeitung des Antrages nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII). |
| | Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in: | § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). |
| | Ihre Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Anliegens an folgende Empfänger weitergeleitet: | Einrichtungsträger (sofern eine Leistung innerhalb von Einrichtungen beantragt ist). |
| | Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehende Dauer gespeichert. Danach werden diese gelöscht: | 5 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Sozialverwaltungsverfahren abgeschlossen wurde. |
| | Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus folgendem Grund erforderlich: | Gesetzlich vorgeschrieben. |
| | Folgen im Falle, dass Sie nicht bereit sind, die erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen: | Die beantragten Leistungen können nicht bewilligt werden. |

Erklärung der nachfragenden Person(en) oder des/der gesetzlichen Vertreters/in falls diese/r Antragsteller/in ist:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit, geringfügige Beschäftigung usw.) ist vor Aufnahme der Arbeit der bewilligenden Stelle anzuzeigen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialhilfeleistung erforderlich ist.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist sowie eine Rückforderung zu Unrecht erhaltener Leistungen erfolgen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden und entsprechend der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Stellen weitergegeben werden können.

| | | |
|------------|---|--|
| | | |
| Ort, Datum | Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter/Bevollmächtigte(r) | Unterschrift Ehegatten/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft |

| | | |
|--|------------|--------------------------------------|
| | | |
| Name, Anschrift der Stelle, die bei der Aufnahme des Antrages mitgewirkt hat | Ort, Datum | Unterschrift der aufnehmenden Stelle |

Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen:

 Name, Vorname:

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Wohnort:

 Telefon:

 Fax:

 E-Mail-Adresse

Zu den nötigen Unterlagen des Antrages auf Sozialhilfe gehören:

- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Alle Einkommensnachweise (Rentenbescheide; etc.)
- Vollständige Sparbuchablichtungen
- Girokontoauszüge der letzten drei Monate
- Sonstige Vermögensnachweise (Grundbuchauszüge; LV-Policen; Wertpapierkopien; usw.)
- vollständiges Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes
- ggf. Kopie des Betreuerausweises bzw. Vollmacht zur Geschäftsführung und Briefwechsel
- bei bestehenden vertraglichen Ansprüchen, eine Ablichtung des zugrunde liegenden Vertrages (Versicherungen, Hausrat-,Haftpflicht)
- sofern Vermögen in den letzten zehn Jahren veräußert oder verschenkt wurde die Ablichtungen der entsprechenden notariellen Urkunden
- Steueridentifikationsnummer
- Gegebenenfalls Aufenthaltstitel
- Kopie Mietvertrag
- monatliche Mietkosten
- Kopie Personalausweis
- Kopie Krankenkarte
- Steueridentifikationsnummer
- Gegebenenfalls Aufenthaltstitel
- Kostenmitteilung der Pflegeeinrichtung / Pflegeheim oder Pflegeanbieter
- Bestätigung der Aufnahme + Aufnahmedatum
- Vorsorgevollmacht
- das beigefügte Merkblatt unterschrieben

Merkblatt

Wichtige Informationen zur Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölften Buch (SGB XII)

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII ist Personen zu leisten, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können. Bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern sind das Einkommen und Vermögen beider Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam zu berücksichtigen; gehören minderjährige unverheiratete Kinder dem Haushalt ihrer Eltern oder eines Elternteil an und können sie den notwendigen Lebensunterhalt aus ihrem Einkommen und Vermögen nicht beschaffen, sind auch das Einkommen und das Vermögen der Eltern oder des Elternteils gemeinsam zu berücksichtigen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist nach den besonderen Voraussetzungen des Vierten Kapitels SGB XII Personen zu leisten, die die Altersgrenze nach § 41 (2) SGB XII erreicht oder das 18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können. Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners, die dessen notwendigen Lebensunterhalt übersteigen, sind zu berücksichtigen. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gehen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel vor.

Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII

Hilfen zu Gesundheit, Eingliederungshilfen für behinderte Menschen, Hilfen zur Pflege, Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen werden nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII geleistet, soweit den Leistungsberechtigten, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels dieses Buches nicht zuzumuten ist.

Pflichten der nachfragenden Personen und der Leistungsberechtigten

Die Leistungen der Sozialhilfe dienen nach § 18 SGB XII der Abwendung einer gegenwärtigen Notlage. Sie werden daher nicht rückwirkend erbracht.

Bitte achten Sie darauf, dass alle Leistungen, die von der Sozialhilfebehörde erbracht werden sollen (z. B. einmalige Leistungen), rechtzeitig bei der Sozialbehörde zu beantragen sind. Wird der geltend gemachte Bedarf durch Eigenmittel oder durch Leistungen Dritter abgedeckt, ist eine Leistungserbringung nicht mehr möglich.

Grundsätzlich muss jede nachfragende Person vor Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe ihre Arbeitskraft, ihr Einkommen und ihr Vermögen einsetzen.

Ansprüche gegen unterhaltspflichtige Angehörige und andere Dritte (z. B. Versicherungsträger, Arbeitgeber, Schadenersatzpflichtige und andere Stellen) sind geltend zu machen, um eine Notlage zu beseitigen oder zu mildern.

Der Sozialhilfeträger ermittelt den Sachverhalt in der Regel von Amts wegen und berücksichtigt alle von der nachfragenden Person im Einzelfall vorgebrachten Tatbestände.

Dabei bedient sich die Behörde der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhaltes für erforderlich hält.

Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) verpflichtet:

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen;
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen

Diese Mitteilungspflicht bezieht sich besonders auf die in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Leistungsberechtigten eingetretenen Veränderungen; sie sind auch dann mitzuteilen, wenn der Leistungsberechtigte die Ansicht vertritt, dass die Änderung auf die Sozialhilfe keinen Einfluss hat.

Eine Mitteilungspflicht besteht insbesondere, wenn

- a. der Leistungsberechtigte und die mit ihm im Haushalt lebenden Personen Einkünfte erzielen. Die Mitteilungspflicht ist auch zu erfüllen, wenn die Einnahmen nur vorübergehend erzielt werden Sie besteht ebenfalls dann, wenn die Einnahmen von der Steuer- und/oder Beitragspflicht zur Sozialversicherung befreit sind. Der Mitteilungspflicht unterliegen beispielsweise die Aufnahme einer Arbeit (auch geringfügige Beschäftigung oder Nebentätigkeit) und jede andere Erzielung von Einnahmen (z. B. durch Vermietung, inn- und ausländischen Renten, Pensionen, Abfindungen, Entschädigungen, Darlehen und Eingang rückständiger Forderungen, Gewinne durch Glücksspiele, Erbschaft usw.) Darüber hinaus ist dem Sozialhilfeträger ebenfalls der Bezug von Naturalleistungen (mietfreies Wohnen oder Kost) mitzuteilen.
- b. Änderungen im Vermögen (z. B. durch Kauf, Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Scheidung, Vermögensauseinandersetzung) ergeben.
- c. der Leistungsberechtigte oder ein Mitglied der Haushaltsgemeinschaft den Haushalt verlässt (z. B. bei Tod, Trennung o.ä.) oder eine Person in die Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft aufgenommen wird. Dies gilt auch, wenn die Abwesenheit/Aufnahme nur vorübergehend ist (z. B. Krankenhausaufenthalt, Kuraufenthalt, Besuchsreise u. a.);
- d. ein Antrag auf Zahlung einer anderen Sozialleistung beantragt wird oder vor Antragsstellung bereits gestellt wurde (z. B. Wohngeld, Rente aus der Sozialversicherung, ausländische Rente, Unfallrente, Kriegsschadenrente, Krankengeld, Pflegeversicherungsleistungen u. a.);
- e. Rechtsmittel (Widerspruch, Klage oder Berufung) gegen eine Entscheidung eines anderer Sozialleistungsträger (vgl. Buchstabe d) eingelegt wurde
- f. der Leistungsberechtigte einen vermögensrechtlichen oder körperlichen Schaden durch einen Dritten erlitten hat;
- g. der Leistungsberechtigte eine privatrechtliche Forderung gegen Dritte geltend macht

Die Mitwirkungspflichten obliegen bei geschäftsunfähigen oder in ihrer Geschäftsfähigkeit eingeschränkten Personen deren gesetzlichen Vertretern oder Bevollmächtigten.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers

- a. zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer notwendiger Maßnahmen persönlich bei der Behörde erscheinen (§61 SGB I).
- b. sich medizinischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit dies für die Entscheidung über die Leistung erforderlich ist (§ 62 SGB I).

Mitwirkungspflichten entfallen nur dann, wenn ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Frage kommenden Sozialleistung steht, wenn sie dem Betroffenen nicht zugemutet werden können oder wenn sich der Leistungsträger die erforderlichen Kenntnisse mit einem geringeren Aufwand beschaffen kann.

Folgen fehlender Mitwirkung, Einschränkung oder Versagung des Hilfeanspruches

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§66 (1) SGB I). Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände anzunehmen, dass deshalb die Arbeits-, Erwerbs-, oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen (§ 66 (2) SGB I).

Wer seine persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse falsch angibt oder die erforderlichen Mitteilungen an den Sozialhilfeträger unterlässt, gefährdet die rechtmäßige Leistungserbringung. Bei vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachten falschen oder unterlassenen Angaben in den persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen durch die eine ungerechtfertigte Leistungserbringung entsteht, wird strafrechtlich verfolgt.

Kostenersatz

Zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe ist verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres für sich oder andere durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten die Voraussetzungen für die Leistungen der Sozialhilfe herbeigeführt hat. Zum Kostenersatz ist auch verpflichtet, wer als leistungsberechtigte Person oder als deren Vertreter die Rechtswidrigkeit des der Leistung zu Grunde liegenden Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte.

Ich bestätige/Wir bestätigen den Erhalt des Merkblattes. Die obigen Erklärungen habe ich zur Kenntnis genommen.

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift des/der Hilfesuchenden sowie des Ehe- oder Lebenspartners/Lebensgefährten/-in |
| | Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter(-in/-s) |