

<p>Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch –(SGB XII)</p> <p>- Sozialhilfe-Fragenbogen -</p> <p><input type="checkbox"/> Innerhalb einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Außerhalb einer Einrichtung</p> <p>Art der Hilfe:</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe zur Gesundheit (z.B. bei Krankheit, bei Schwanger-/ Mutterschaft, bei Sterilisation, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (z.B. Betreutes Wohnen, Persönliches Budget, Tagesförderstätte, Tagesstätte, Werkstatt f. behinderte Menschen, Heimunterbringung, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege (Häusliche Pflege)</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe in anderen Lebenslagen (z.B. Blindenhilfe, Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten</p>	<p>Bekannt geworden am:</p> <hr/> <p>Eingegangen am:</p> <hr/> <p>(Eingangsstempel)</p>
	<p>Der Antrag / Fragebogen ist vollständig auszufüllen</p>

<p>Bei Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Welche Leistung wird beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Heimunterbringung <input type="checkbox"/> Persönliches Budget <input type="checkbox"/> sonstiges: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Werkstatt f. behinderte Menschen <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> Tagesförderstätte <input type="checkbox"/> Tagesstätte</p>
--

I. Persönliche Verhältnisse	a) Antragsteller/-in	b) Ehegatte / Lebensgefährte/-in eingetragene Lebenspartnerschaft
1. Name		
2. Vorname		
3. Geburtsname und Namen aus früheren Ehen		
4. Geburtsdatum		
5. Geburtsort		
6. Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
7. a) Familienstand (wenn geschieden, Gerichtsurteil beifügen)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden, seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden, seit:
b) Unterhaltsvereinbarung erfolgte durch (Unterlagen sind dem Antrag beizufügen)	<input type="checkbox"/> Urteil <input type="checkbox"/> gerichtlichen Vergleich <input type="checkbox"/> notariellen Vertrag <input type="checkbox"/> Verzicht <input type="checkbox"/> freie Vereinbarung <input type="checkbox"/> keine Regelung	<input type="checkbox"/> Urteil <input type="checkbox"/> gerichtlichen Vergleich <input type="checkbox"/> notariellen Vertrag <input type="checkbox"/> Verzicht <input type="checkbox"/> freie Vereinbarung <input type="checkbox"/> keine Regelung
8. PLZ, Wohnort		
9. Straße, Hausnummer		
10. Telefonnummer (Fest- und Mobilnetz) Email		
11. Betreuer/in Name, Anschrift, Telefon (Bestellungsurkunde – Kopie beifügen)		

Weiter zu Teil I.	a) Antragsteller/-in	b) Ehegatte / Lebensgefährte/-in eingetragene Lebenspartnerschaft
12. Höchster Schulabschluss (z. B. Sonder-, Haupt-, Realschulabschluss, Abitur)		
13. a) Erlerner Beruf		
b) Derzeitige Art der Beschäftigung		
c) Derzeitiger Arbeitgeber		
14. Rentenversicherungsträger, Rentenversicherungsnummer		
15. Bei gemeldeten Arbeitslosen: Monat und Jahr der Arbeitslosigkeit		
15. Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Rentner/ -in <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Schüler/ -in <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rentner/ -in <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Schüler/ -in <input type="checkbox"/>
16. a) Arbeitsunfähig?(ärztliches Attest vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
b) Pflegebedürftig? (Bitte Bescheid vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
17. a) Schwerbehindert? (Schwerbehindertenausweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was?	
b) Grad der Behinderung (%)		
c) Merkzeichen		
18. Voll- oder teilstationäre Unterbringung? (z. B. Werkstatt f. behinderte Menschen, Tagesstätte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo?	
19. Bei Ausländern: aufenthaltsrechtl. Status a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	
b) Aufenthaltsberechtigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	
d) Aufenthaltsbefugnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	
e) Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	

Der / Die Antragsteller/-in ist

Spätaussiedler Ausländer Asylant Kriegsbeschädigter Kriegshinterbliebener

Ia. Angaben zur eheähnlichen Gemeinschaft

Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII). Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn Mann und Frau, ohne miteinander verheiratet zu sein eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft bilden.

Frage: Leben Sie in eheähnlicher Gemeinschaft? nein ja Wenn ja: Mit wem?

Leben Sie in eingetragener Lebenspartnerschaft? nein ja Wenn ja : Mit wem? _____
(Weitere Angaben unter Teil I. b) in diesem Antrag eintragen!)

II. Familienverhältnisse (Außer den in Teil I. a) und I. b) genannten Personen leben noch **im gemeinsamen Haushalt:**)

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
1. Name					
2. Vorname					
3. Geburtsname und Namen aus früheren Ehen					
4. Geburtsdatum					
5. Geburtsort					
6. Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
7. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>
8. Verwandtschaftsverhältnis zum Antragssteller- /in (z.B. Sohn, Tochter, Vater, Mutter)					
9. Bei Kindern: Kind miteinander verheirateter Eltern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Bei schulpflichtigen Kindern: Derzeitige Art der Schule und Klasse					
11. a) Erlerner Beruf					
b) Derzeitige Art der Beschäftigung					
c) Derzeitiger Arbeitgeber					

Weiter zu Teil II.	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
12. Bei gemeldeten Arbeitslosen: Monat und Jahr der Arbeitslosigkeit					
13. Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit					
14. Voll- oder teilstationäre Unterbringung? (z. B. Werkstatt f. behinderte Menschen, Tagesstätte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was?

III. Angaben zum Kind <u>nicht</u> miteinander verheirateter Eltern (Falls Frage aus Teil II. Nr. 9. verneint wurde!)					
1. Vorname des Kindes					
2. Name des Elternteils, der <u>nicht</u> im Haushalt des Kindes lebt					
3. Name des Vormund / Pflegers					
4. Anschrift des Vormundes / Pflegers (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)					
5. Zuständiges Vormundschaftsgericht					
6. Datum und Aktenzeichen des Vollstreckungstitels					
7. Monatlicher Regelunterhalt					
8. In welcher Höhe wird z. Zt. Unterhalt geleistet?					
9. Wird regelmäßig Unterhalt gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

IV. Unterhaltspflichtige Angehörige <u>außerhalb</u> des Haushaltes (getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten, Kinder, Eltern, Schwiegereltern)					
1. Name					
2. Vorname					
3. Geburtsname und Namen aus früheren Ehen					
4. Geburtsdatum					
5. Wenn verstorben: Sterbedatum					
6. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.
7. Verwandtschaftsverhältnis zum Antragssteller- /in (z.B. Sohn, Tochter, Bruder, Schwester, Vater, Mutter)					
8. PLZ, Wohnort					
9. Straße, Hausnummer					
10. Beruf					
11. Arbeitgeber (Anschrift)					

V. Einkommensverhältnisse zu den in Teil I. und II. aufgeführten Personen (Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Einkünfte sind dem Antrag beizufügen wie z. B. Bescheide über Rente Leistungen der Agentur für Arbeit, Wohngeld,							
Art der Einkünfte	(zutreffende Art in gleicher Zeile ankreuzen ☒)	Antragsteller €	Person zu I b €	1. Person €	2. Person €	3. Person €	4. Person €
1. Erwerbseinkünfte	5. Wohngeld						
<input type="checkbox"/> Lohn, Gehalt	<input type="checkbox"/> Mietzuschuss						
<input type="checkbox"/> Gewerbe, Handel	<input type="checkbox"/> Lastenzuschuss						
2. Agentur für Arbeit	6. Jugendamt						
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss						
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> Erziehungsgeld						
<input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld	7. Unterhalt						
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Ehegattenunterhalt						
3. Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Kindesunterhalt						
<input type="checkbox"/> Krankengeld	8. Rente nach BVG/SVG						
<input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> Grundrente						
<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Ausgleichsrente						
4. Rententräger	9. Sonstige Einkünfte						
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld (bei Kur)	<input type="checkbox"/> Kindergeld						
<input type="checkbox"/> EU- / BU-Rente	<input type="checkbox"/> Vermietung/Verpachtung						
<input type="checkbox"/> Altersruhegeld	<input type="checkbox"/> BAföG						
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> USG-Leistung						
<input type="checkbox"/> Waisenrente	<input type="checkbox"/> Sachbezüge (Kost / Wohnung)						
<input type="checkbox"/> Unfallrente	<input type="checkbox"/> Pension						
<input type="checkbox"/> Betriebsrente	<input type="checkbox"/> Grundsicherung						
<input type="checkbox"/> Sonstige Rente	<input type="checkbox"/> Landesblindengeld						
<input type="checkbox"/> Landwirtschaft und Forstwirtschaftsrente	<input type="checkbox"/> Landespflegegeld						
	<input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz						

VI. Vom Einkommen evt. absetzbare Beträge und besondere Belastungen (Bitte Nachweise beifügen)							
	Antragsteller €	Ehegatte / Lebensgefährte/-tin €	1. Person €	2. Person €	3. Person €	4. Person €	5. Person €
Rentenversicherung							
Altersversorgung							
Berufsunfähigkeitsversicherung							
Sonstige absetzbare Beträge							

VII. Arbeitsverhältnisse in den letzten drei Jahren des Antragstellung vom Antragstellers			
Dauer von - bis	Arbeitgeber (Name und Anschrift)	Gründe für etwaige Auflösung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Krankenkasse

VIII. Angaben zu den Fahrtkosten zum Arbeitsplatz - berufsbedingten Aufwendungen – des Antragsstellers

1. Entstehen Ihnen Fahrtkosten zum Arbeitsplatz? Wenn ja: Wie viel € monatlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel €
2. Falls Sie mit dem Privat-PKW fahren: a) Wie viel Kilometer beträgt die einfache Fahrt zum Arbeitsplatz? b) Fahren Sie in einer Fahrgemeinschaft? c) Könnten Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arbeitsplatz kommen?	km <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Haben Sie berufsbedingte Aufwendungen? Wenn ja: Art und Höhe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
4. Beiträge für Berufsverbände Wenn ja: In welcher Höhe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €

IX. Angaben zur Arbeitslosigkeit des Antragsstellers (Nachweise, wie z. B. Bescheide, Bescheinigung über Arbeitslosenmeldung sind vorzulegen)

1. Sind Sie arbeitslos? Wenn ja: Seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: Kunden-Nr.:
2. Haben Sie Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt? Wenn ja: Welche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> ALG II <input type="checkbox"/> UHG <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe
3. Wenn Frage 2. mit „nein“ beantwortet: Warum nicht?	<input type="checkbox"/> Fehlende Versicherungszeiten <input type="checkbox"/>
4. Wenn Frage 2. mit „ja“ beantwortet: Erhalten Sie bereits laufende Leistungen oder Vorschüsse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
5. Wurden die Leistungen für Sie abgelehnt? Wenn ja: Warum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen <input type="checkbox"/> Sperrzeit <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe, nämlich:

X. Aufenthaltsort vor Antragstellung außerhalb von Einrichtungen des Antragsstellers (Abmeldebescheinigung vorlegen)

Name, Vorname	PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer	Dauer von - bis	Wenn Grenzübertritt: Tag u. Ort (Spätaussiedler: Aufnahmebescheid vorlegen)

XI. Aufenthaltsort vor Antragstellung innerhalb von Einrichtungen

1. War der Antragsteller in einer Einrichtung, Anstalt oder Heim bzw. in einer Pflegefamilie untergebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
2. Wenn Frage 1. mit „ja“ beantwortet: Wo war der Aufenthaltsort <u>vor</u> Unterbringung in die Einrichtung? (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)			
Name der Einrichtung etc.	PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer	Dauer von – bis	Kostenträger

XII. Wohnverhältnisse des Antragstellers / Ehegatte (Bitte Mietvertrag und Mietbescheinigung vorlegen)

A) Allgemeine Angaben

- Größe der Wohnung: _____ Zimmer, _____ Küche, _____ Bad/WC = _____ qm Wohnfläche, davon _____ qm (untervermietet)
- Wurden alle Personen in Teil I und Teil II eingetragen, die in Ihrer Wohnung leben? ja nein Wenn nein: Betreffende Person(en) nachtragen!
- Ist eine Garage vorhanden? nein ja Ist ein PKW-Stellplatz vorhanden? nein ja; Wenn ja: Kosten pro Monat ? _____ €
- Wie wird die Wohnung beheizt? Sammelheizung Einzelheizung Holz / Kohle Öl Gas Strom / Nachtspeicherheizung

B) Bei Mietwohnung

- Kaltmiete _____ € + Nebenkosten _____ € + Heizkosten _____ € = Gesamtmiete _____ €
- Das Warmwasser wird bereitgestellt über die Heizung Stromversorgung (Elektroboiler)
- a) Wurde die Miete für den Antragsmonat bezahlt? nein ja
b) Wenn nein: Wie hoch ist der Mietrückstand? _____ €; Haben Sie eine Räumungsklage erhalten? nein ja

C) Bei Eigenheim

- Der Hilfesuchende ist Eigentümer eines Einfamilienhauses Zwei- oder Mehrfamilienhauses Eigentumswohnung
- Die Hauslasten betragen jährlich:

- für Müllgebühren, Schornsteinfeger, Wasser, Abwasser, Grundsteuer, Brandversicherung (lt. Nachweise) _____ €
- für Schuldverbindlichkeiten die Zinsen, ohne Tilgung: (Nachweis beifügen) _____ €

D) Angaben zum Wohngeld

Erhalten Sie Wohngeld? nein ja, in Höhe von _____ € bis zum _____ Wohngeld-Nr.:

Besteht ein freies Wohnrecht? nein ja, Vertrag / Nachweis beifügen

XIII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung	
1. Sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Wie sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert / über Sozialhilfeträger gemäß § 264 SGB V <input type="checkbox"/> Privat
3. wenn Privat, Beihilfeberechtigt? wenn ja, zuständige Beihilfestelle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Falls freiwilliges Mitglied: Wie hoch ist der monatliche Beitrag?	€
5. Falls familienversichert: a) Welche Person aus Teil I. oder II.	<input type="checkbox"/> Antragsteller-/ in <input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebensgefährte/-in
b) Über welche Pers. erfolgt die Familienversicherung?	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Großvater <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> getrennt lebende(r) Ehemann/Ehefrau
6) Name und Anschrift der Kranken- / Pflegekasse a) Versicherungsnummer	
9) Ist oder waren Sie im öffentliche Dienst beschäftigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: _____
a) Sind Sie Beihilfe berechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Anschrift der Beihilfestelle und Beihilfenummer	

XIV. Angaben zur Lebensversicherung / Sterbegeldversicherung / sonstige Versicherungen	
1. Ist eine Lebensversicherung vorhanden? (Wenn ja: Police und Rückkaufswerttabelle)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, abgeschlossen bei: _____ Vers.-Nr.: _____
	versicherte Person: _____ Vers.-summe: _____ €
	Vers.-beginn: _____ Fällig am: _____ monatlich €
2. Ist eine Sterbegeldversicherung vorhanden? (Wenn ja: Police und Beitragsbescheid)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, abgeschlossen bei: _____ Vers.-Nr.: _____
	versicherte Person: _____ Vers.-summe: _____ €
	Beginn: _____ Ende: _____ monatlich €
3. Haben Sie weitere Versicherungen? (z. B. priv. Haftpflicht-/ Unfall-/ Hausrat-/ Rechtsschutzversicherung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: _____ Beitrag mtl.: _____ € (Bei Platzmangel: Versicherungen auf gesondertes Blatt auführen und Police sowie Beitragsbescheid vorlegen)

XV. Angaben zum Kraftfahrzeug / sonstige Angaben	
1. Haben Sie ein Kraftfahrzeug ? (z. B. PKW / LKW / Motorrad) (Kraftfahrzeugbrief oder -/Schein vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Marke: _____ Typ: _____ Baujahr: _____
2. Wenn 1. ja: Warum ist die Haltung des Kraftfahrzeuges erforderlich?	<input type="checkbox"/> aus beruflichen Gründen <input type="checkbox"/> sonstiger Grund.
3. Sind Sie Eigentümer des Kraftfahrzeuges ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein: Wer ist der Eigentümer?
4. Sind Sie Kriegsbeschädigter/ Kriegshinterbliebener / Elternteil eines gefallenen/kriegsvermissten Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ bei <input type="checkbox"/> DRV <input type="checkbox"/> BfA <input type="checkbox"/> Knappschaft
6. Werden freiwillige Beiträge zur Arbeiter- /Angestellten-/ Rentenversicherung entrichtet? (wenn Arbeitslos)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt gezahlt am: _____ €
7. Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom Sozialhilfeträger
	für die Zeit vom _____ bis _____ Az.: _____
8. Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?	
9. Haben Sie oder eine andere Person aus Teil I oder II eine Arbeitsstelle in Aussicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Arbeitsaufnahme ab dem _____

10. Wenn Frage 9. ja: Name und Anschrift des Arbeitgebers?	
11. PKW - Haftpflicht	
Sonstige Angaben	
12. z.B. Private Versicherungen, Verträge	

XVI. Sonstige vorrangige Ansprüche	
1. Ist die Behinderung ursächlich auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen oder bestehen sonstige Ansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Wenn Frage 1. mit „ja“ beantwortet wurde: Woraus?	<input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus einem Impfschaden <input type="checkbox"/> aus einem Verkehrsunfall / Gewaltverbrechen <input type="checkbox"/> aus Lohnzahlung <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz <input type="checkbox"/> aus einem anderen Rechtsgrund, nämlich:
3. Wenn Frage 1 mit „ja“ beantwortet wurde: Wann und Wo wurde der Antrag gestellt? (Nachweise sind dem Antrag beizufügen)	

<u>Ergänzende Angaben:</u>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

XVII. Angaben zu den Vermögenswerten (Nachweise, wie z. B. Sparbücher, Girokontoauszüge der letzten 3 Monate sind lückenlos vorzulegen!)

1. Antragsteller/-in	2. Ehegatte / Lebensgefährte/-in / falls Antragsteller/-in minderjährig. - dessen Eltern
a) Spar-, Bank-, oder Postsparguthaben <input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar-, Bank-, Postsparguthaben <input type="checkbox"/> Ich habe Spar-, Bank-, Postsparguthaben bei Bankinstitut / Postbank und Kontonummer €	a) Spar-, Bank-, oder Postsparguthaben <input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar-, Bank-, Postsparguthaben <input type="checkbox"/> Ich habe Spar-, Bank-, Postsparguthaben bei Bankinstitut / Postbank und Kontonummer €
Bankinstitut / Postbank und Kontonummer €	Bankinstitut / Postbank und Kontonummer €
Hiermit ermächtige ich die Bank zur Auskunftserteilung an das Sozialamt.	Hiermit ermächtige ich die Bank zur Auskunftserteilung an das Sozialamt.
b) Bargeld <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ich verfüge über Bargeld in Höhe von €	b) Bargeld <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ich verfüge über Bargeld in Höhe von €
c) Haus- und / oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- / Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- / Grundbesitz (Grundbuchauszug vorlegen)	c) Haus- und / oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- / Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- / Grundbesitz (Grundbuchauszug vorlegen)
d) Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf Wartung und Pflege)	d) Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf Wartung und Pflege)
e) Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z. B. Wertpapiere, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen, usw.)	e) Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z. B. Wertpapiere, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen, usw.)
3. Hat eine Person aus Teil I. oder II. in den <u>letzten 10 Jahren</u> Vermögenswerte <u>veräußert, übertragen oder verschenkt</u>? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger ?	
4. Hat eine Person aus Teil I. oder II. ein Testament / Erbvertrag zugunsten Dritter abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: (Bitte Nachweis vorlegen)	

XVIII. Bankverbindung

Name der Bank: _____

BIC/Swift-Code: _____

IBAN: DE _____

Kontoinhaber: _____

Datenschutz / Datenabgleich:

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) und die §§ 67 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X). Die Daten werden in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch mit anderen Stellen abgeglichen (§ 118 SGB XII).

Auskunft gem. § 21 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch- (SGB X)

Die Behörde bedient sich der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhaltes für erforderlich hält. Demnach kann Auskunft bei den Finanzbehörden über die Einkommens- oder Vermögensverhältnisse eingeholt werden.

Bemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XII) hat sich das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung oder der von ihm (beauftragte) örtliche bzw. sachlich zuständige Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang des Leidens und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Sozialhilfe gewährt wird, benötigen die genannten Sozialhilfeträger Auskünfte über die Entwicklung des Leistungsberechtigten, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Bedarf an Betreuung geändert haben kann (etwa wenn die Änderung einer bestimmten Beeinträchtigung nach einer gewissen Zeit zu erwarten sein könnte) oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmenabschnitten in der Therapie. In diesem Fall muss der Sozialhilfeträger entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind. So ist auch die vorrangige Leistungspflicht der Pflegekasse nach dem SGB XI zu klären.

Der Leistungsberechtigte hat nach §§ 60 ff SGB I solche für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seiner Mitwirkungspflicht nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Sozialhilfeleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

XIX. Erklärung der Personen

Ich / Wir versichere(n), dass die Angaben zu diesem Antrag vollständig sind und der Wahrheit entsprechen sowie nichts Wesentliches verschwiegen wurde. Es ist uns / mir bekannt, dass ich / wir mich / uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetzen und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss / müssen. Weiter ist mir / uns bekannt, dass meine / unsere Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen Leistungsträger (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente, usw.) geltend gemacht werden können sowie Unterhaltsansprüche kraft Gesetz auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können. Ich / Wir verpflichten uns, jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Wohnortwechsel sowie Abwesenheiten, wie z. B. Krankenhausaufenthalte, Kuren) sofort und unaufgefordert mitzuteilen. Mir / Uns ist bekannt, dass die Person aus Teil I. a) dieses Antrages Zustellungsbevollmächtigter für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft bzw. aus Teil I. b) und Teil II dieses Antrages ist, die Leistungen nach dem SGB XII erhalten. Diese Vollmacht (gemäß § 13 Sozialgesetzbuch -Verwaltungsverfahren- "SGB X") gilt für alle zukünftigen Bescheide. Mit dieser Regelung bin ich / sind wir einverstanden. Die Regelung der Zustellungsbevollmächtigung gilt dann nicht, soweit ein(e) Betreuer(-in) bestellt worden ist.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/-in oder des Betreuers/-in	Unterschrift des Ehegatten/ des/ der Lebensgefährten/-in

Anlage:

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht **(BITTE UNTERSCHREIBEN)**

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

(Familienname / Vorname / Geburtsdatum / Aktenzeichen)

(Gesetzliche/r Vertreter/in: bitte ggf. Adressdaten ergänzen)

Erklärungen des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich der Leistungsberechtigte befindet, in dem o.a. Sinne und Umfang für das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung bzw. den von ihm (beauftragten) örtlichen bzw. sachlich zuständige Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesen gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte / personenbezogene Daten / Gutachten, die durch das Landesamt oder den von diesem beauftragten örtliche bzw. sachlich zuständige Träger der Sozialhilfe von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- a) der Amtsärztin / dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist.
- b) des sozialmedizinischen Dienstes des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung
- c) des medizinischen Dienstes (MDK) der Krankenkasse/Pflegekasse
- d) _____

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang / Auswirkung des Leidens bzw. der Behinderung. Das Landesamt bzw. der (beauftragte) örtliche bzw. sachlich zuständige Sozialhilfeträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben – z.B. nach dem SGB XII / AGSGB XII Rheinland-Pfalz / SGB X / SGB XI berechtigt.

Ort, Datum

Unterschrift (Leistungsberechtigten/in und gesetzlichen Vertreter/in)

Merkblatt

1. Allgemeines, Nachrang der Sozialhilfe

Menschen, die in einer Notlage sind, die sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können und denen die erforderliche Hilfe auch nicht von Angehörigen oder anderer Seite zuteil wird, können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen.

Die Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII sind Teil eines staatlichen Systems der sozialen Sicherung der Bürger. Zu diesem System gehören z.B. auch die gesetzlichen Sozialversicherungen (Arbeitslosenversicherung; Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung) die Versorgung der Kriegsoffer sowie die Wohngeld- und Kindergeldleistungen. Gegenüber diesen Leistungen ist die Sozialhilfe nachrangig. Ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht demnach nicht, wenn jemand die erforderliche Hilfe von anderen Sozialleistungsträgern erhält.

Zuständig für die Sozialleistungen sind die im Sozialgesetzbuch (SGB) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden; sie werden als Leistungsträger bezeichnet.

Über die Aufgaben und Hilfen der einzelnen Leistungsträger geben die Mitarbeiter der Verwaltungsbehörden (Gemeindeverwaltung, Stadtverwaltung, Kreisverwaltung) nähere Auskünfte. Sie beraten auch über Rechte und Pflichten der Bürger gegenüber den einzelnen Leistungsträgern.

2. Aufgaben der Verwaltung

Die Mitarbeiter der Verwaltungen prüfen, wie der jeweiligen Notlage am besten begegnet werden kann und welche Hilfen im Einzelfall ggf. in Frage kommen. Sie stellen außerdem wegen des Nachranges der Sozialhilfe fest, ob der Leistungsberechtigte eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen hat, ob Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen oder ob Angehörige ihm helfen können.

Das Nachrangprinzip der Sozialhilfe erfordert auch eine Prüfung, ob unterhaltspflichtige Angehörige (§§ 1600ff. BGB) ihren Verpflichtungen dem Leistungsberechtigten gegenüber nachkommen. Ist dies nicht der Fall, so leistet der Sozialhilfeträger und nimmt dafür die Unterhaltsverpflichteten in Anspruch. Ob und inwieweit dies geschieht, entscheidet der Träger der Sozialhilfe der Situation des Einzelfalls entsprechend. Das Verfahren ist in §§ 93, 94 SGB XII geregelt.

3. Mitwirkungspflicht des Leistungsberechtigten, Grenzen der Mitwirkung

Die Mitwirkungspflicht des Leistungsberechtigten sind im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches (SGB I) festgelegt. Das Gesetz schreibt vor, dass der Leistungsberechtigten beim Prüfen der persönlichen Verhältnisse und der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Sozialhilfe seinen Möglichkeiten entsprechend mitwirken muss.

Das Sozialgesetzbuch (§§ 60 bis 64 SGB I) beschreibt die wesentlichen Mitwirkungspflichten wie folgt:

Wer Sozialhilfe 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.
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.

- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- Er soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendigen Maßnahmen persönlich erscheinen.

Der Mitwirkungspflicht des Bürgers sind allerdings Grenzen gesetzt. Die Mitwirkung muss beispielsweise in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung stehen. Andererseits kann eine Mitwirkung nicht gefordert werden, wenn sie für den Bürger aus wichtigem Grund nicht zumutbar ist oder wenn sich die Behörde durch einen geringeren Aufwand als der Betroffene, die erforderlichen Erkenntnisse selbst beschaffen kann.

4. Unterrichtung des Leistungsberechtigten

Über die Mitwirkungspflicht hat der Träger der Sozialhilfe den Leistungsberechtigten ausdrücklich zu unterrichten. Dies geschieht mit diesem Merkblatt, das dem Leistungsberechtigten zusammen mit dem Fragebogen ausgehändigt wird. Der Leistungsberechtigte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er das Merkblatt erhalten hat und somit über dessen Inhalt unterrichtet ist.

5. Folgen fehlender Mitwirkung oder falscher Angaben

Kommt ein Hilfesuchender oder Leistungsberechtigter seiner Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, so kann der Träger der Sozialhilfe die Leistungen ganz oder teilweise versagen oder entziehen. In einem solchen Fall wird der Leistungsberechtigten im Einzelnen schriftlich besonders darauf hingewiesen (§§ 65 bis 67 SGB I)

Wer wissentlich falsche oder unvollständige Angaben macht, kann wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden (§263 StGB)

6. Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen

Hat ein Leistungsberechtigter beispielsweise durch absichtlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben Sozialhilfe zu Unrecht erhalten, so muss er die Leistungen erstatten.

7. Schutz der Sozialdaten

Angaben des Leistungsberechtigten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden als Sozialgeheimnis behandelt und anderen nicht unbefugt offenbart. Eine Offenbarung ist nur zulässig, wenn der Betroffene im Einzelfall einwilligt oder wenn eine Offenbarung gesetzlich erlaubt ist (§67 SGB X).