

Anlagen zum Sozialhilfeantrag (stationär)

Für die Bearbeitung des Antrages auf Sozialhilfe werden nachfolgend aufgeführte Unterlagen benötigt. Sollten Sachverhalte nicht zutreffen oder Dokumente nicht auffindbar sein, wird um eine **Negativmeldung** gebeten.

Antrag mit Anlagen

- vollständig ausgefüllter Sozialhilfeantrag (alle Fragen sind mit „ja“, „nein“ oder „entfällt“ zu beantworten bzw. mit einem Zahlenwert zu beziffern – keine Striche machen)
- unterschriebenes Merkblatt zum Sozialhilfeantrag (Vordruck liegt bei)
- unterschriebenes Informationsblatt zum Datenschutz (Vordruck liegt bei)
- freiwillige Einverständniserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht (Vordruck liegt bei)
- Einverständniserklärung zur Zahlung der Sozialhilfe (Vordruck liegt bei)
- Einverständniserklärung zum E-Mail-Versand (Vordruck liegt bei)

Persönliches:

- Vorsorgevollmacht / Betreuerausweis
- vollständig ausgefülltes Infoblatt zum Schwerbehindertenstatus (Vordruck liegt bei)
- ggf. Kopie des Schwerbehindertenausweises/ des Bescheides
- vollständige Angaben zu Kindern und Eltern mit Geburtsdatum, Geburtsort und Anschrift
- ggf. Scheidungsurteil; Nachweis über Unterhaltszahlungen (Ehegatten- und Kindesunterhalt)

Einkommen und Vermögen (bei Ehepartnern/Lebenspartnern jeweils von beiden Seiten):

- Erklärung über Einkommen und Vermögen (Vordruck liegt bei)
- Einkommensnachweise (z.B. Rentenbescheid, Rentenzulagenbescheid, Wohngeldbescheid, Bürgergeld-Bescheid, Grundsicherungsbescheid)
- ggf. Bescheid über Opferentschädigungsrenten; Strafrehabilitierungsgesetz etc.
- lückenlose und vollständige Kontoauszüge **der letzten drei Monate vor Antragstellung**
- Versicherungen aller Art (Unfall-, Hausrat-, Haftpflichtversicherung) **mit Zahlungsnachweis**
- kapitalbildende Versicherungen aller Art (Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung oder Bestattungsvorsorgevertrag) **mit Zahlungsnachweis**
– bei kapitalbildenden Versicherungen bitte die **Rückkaufwerte** beilegen
- Angaben zum PKW; Kopie des Fahrzeugscheines

Pflegekasse / Krankenkasse:

- Bescheid über die vollstationäre Pflegegradfestsetzung der Pflegekasse
- Bescheid zur Bewilligung der Kurzzeitpflege der Pflegekasse

Pflegeeinrichtung:

- Heimvertrag während Kurzzeitpflege bzw. bei vollstationärer Aufnahme
- Kopie der Seiten mit dem Vertragspartner, Vertragsbeginn/Einzug und den Unterschriften
- Rechnung der Einrichtung

formlose Anträge:

- ggf. Übernahme des Eigenanteils für die Kurzzeitpflege
- ggf. Übernahme der Mietkosten für die Zeit der gesetzlichen Kündigungsfrist
- ggf. Übernahme der Beräumungskosten (inklusive 3 Kostenvoranschlägen, die **vor einer Beauftragung** von unterschiedlichen Firmen hier zur Prüfung einzureichen sind)

sonstiges:

- ggf. Kosten der Unterkunft:

Für Mieter:

- vollständiger Mietvertrag
- aktuelle Mietbescheinigung
- ggf. Nachweis über die Beantragung der Wohnungsauflösung
- Kündigungsschreiben des Mieters
- Kündigungsbestätigung des Vermieters
- letzte Betriebskostenabrechnung
- Genossenschaftsanteile / Mietkaution

Für Eigentümer:

- Grundsteuerbescheid / Eigenheimzulage
- Nebenkosten für Wasser, Abwasser, Müll, Kanalisation, Schornsteinfeger
- Beiträge für Gebäude-, Brand-, Sturm- und Wasserschadenversicherung
- Kredite (aufgeschlüsselt nach Zinsen und Tilgung)
- Grundbuchauszug bzw. Kaufvertrag
- Heizkostennachweis (Gas, Öl, Kohle, Nachtstrom)
- ausgefülltes Formblatt zur Hausertragsberechnung (Vordruck liegt bei)

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

Eingangsstempel

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5, 7-9 SGB XII, und zwar in Form von:
(z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Ausgegeben am:

**Der/die Antragsteller(in),
die hilfebedürftige Person ist**

Kriegsbeschädigte(r) oder
Kriegshinterbliebene(r)

Ausländer(in), Staatenlose(r)

Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in)

Nähere Begründung des
Antrages, Ursache der Notlage:

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

I. Persönliche Verhältnisse:	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
6 Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
7 Vorname(n)		
8 Wohnanschrift: PLZ, Ort		
9 Straße, Nr.		
10 Telefon (freiwillige Angabe)		
11 E-Mail (freiwillige Angabe)		
12 Geburtsdatum		
13 Geburtsort/Kreis		
14 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr Datum*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr Datum*
15		
16	*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils
17 Art der Unterhaltsregelung		
18 Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig?	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Grad	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Grad
19 ggf. warum? (Gebrechen)		
20 Schwerbehindertenausweis ausgestellt am:	GdB Merkzeichen	GdB Merkzeichen
21 Betreuer/in (Kopie der Be- stallungsurkunde beifügen)		
22 Anschrift (Betreuer/in): Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
23 Staatsangehörigkeit		
24 Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
25 b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit
26 c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
27 Ausweispapiere: Art und Nummer Ausstellungstag, Ausstellungs- behörde	<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.
28 bei Spätaussiedlern Bescheinigung nach § 15 BVFG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
29 Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde		
30 Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)		
31		

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Zutreffendes ankreuzen!

II. Familienverhältnisse:

Außer der hilfebedürftigen Person und ihrem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in **der Haushaltsgemeinschaft** (z.B. Kinder)

	1	2	3	4
32 Familienname (ggf. Geburtsname)				
33 Vorname(n)				
34 Geburtsdatum				
35 Geburtsort/Kreis/Land				
36 Staatsangehörigkeit				
37 a) Duldung	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
38 b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
39 c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
40 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*
41 Verwandtschaftsverhältnis zur hilfebedürftigen Person				
42 (bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse				
43 Beruf				
44 Derzeit ausgeübte Art der Tätigkeit				
45 Derzeitiger Arbeitgeber				
46 Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit	Datum	Datum	Datum	Datum
47 Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit/ Erwerbsminderung				
48 Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)				
49 Sonstiges				
50 Sonstiges				

Falls die hilfebedürftige Person ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

51 Name der Person/des Kindes		
52 Name des/der Unterhaltspflichtigen		
53 Wohnanschrift des Unterhaltspflichtigen		
54 Name des Vormunds, Pflegers		
55 Anschrift d. Vormunds, Pflegers		
56 Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR	EUR
57 In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR	EUR
58 Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.		

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

1. Bei allen Hilfen nach SGB XII (außer bei Leistungen zum Lebensunterhalt an Minderjährigen)

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

59 Verfügt eines Ihrer Kinder/ ein Elternteil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 EUR jährlich (Summe aus allen bezogenen Arbeitsentgelten und -einkommen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 67 Adressen an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 67 Adressen an)
60 Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/ Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen
	1	2

2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 58 "X" ja" angekreuzt wurde)

	1	2	1	2
61 Familienname, ggf. Geburtsname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen				
62 Vorname(n)				
63 Geburtsdatum				
64 Geburtsort				
65 Staatsangehörigkeit				

	1			2			1			2		
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> ver-witwet	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> ver-witwet	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> ver-witwet	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> ver-witwet	<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob.	<input type="checkbox"/> getrennt lebend		<input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob.	<input type="checkbox"/> getrennt lebend		<input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob.	<input type="checkbox"/> getrennt lebend		<input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob.	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	in eingetragener Lebenspartnersch.*			in eingetragener Lebenspartnersch.*			in eingetragener Lebenspartnersch.*			in eingetragener Lebenspartnersch.*		
66	Familienstand											
67	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller											
68	Wohnanschrift: PLZ, Ort,											
69	Straße, Nr.											
70	Beruf/ausgeübte Tätigkeit (soweit nicht bereits in Zeile 59 eingetragen)											
71	Arbeitgeber Name, Anschrift											
72	(wenn Rentenempfänger) Art der Rente											
73	Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?						<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituiert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/ge-schiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR					

IV. Einkommensverhältnisse der hilfebedürftigen Person und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweis über Art u. Höhe d. Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleist. beifügen.)

Art des Einkommens monatlich (auch ausländisches Einkommen!)	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
74 Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
76 Gewerbe/Handel/Freiberufe						
77 Land- und Forstwirtschaft						
78 Vermietung und Verpachtung Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)						
79 Sonstige Einkünfte						
80 Arbeitslosengeld nach SGB III						
81 Grundsicherung für Arbeitssuchende (Bürgergeld) nach SGB II						
82 Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
83 Leistungen der Krankenversicherung						
84 Leistungen der Pflegeversicherung						
85 Mutterschaftsgeld						
86 Leistungen für Kinder z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld:						
87						
88						
89						
90 Unterhalt nach BGB/LPartG						
91 Unterhaltsvorschuss nach UVG						
92 Unterhaltssicherung nach USG						
93 Wohngeld						
94 Leibrenten						
95 Renten/Pensionen						
96 Altersrente						
97 Erwerbsminderungsrente						
98 Rente wegen Arbeitslosigkeit						
99 Witwen-/Witwerrente						
100 Waisenrente						
101 Landwirtschaftliches Altersgeld						
102 Knappschaftsrente						
103 Betriebsrente						
104 Zusatzrente						
105 Unfallrente						
106 Sonstige Renten						
107 Pensionen						
108 LAG-Kriegsschadenrente						
109 BVG-Grundrente						
110 BVG-Ausgleichsrente						
111 BAföG-Leistungen						
112 Blindengeld						
113 Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler						
114 Übergangsgeld						

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
115 Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
116 Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
117 Kranken-/Pflegeversicherung						
118 Arbeitslosenversicherung						
119 Rentenversicherung						
120 Altersvorsorgebeiträge						
121 -versicherung						
122 -versicherung						
123 Lebensversicherung						
124 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
125 – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
126 – Benutztes Verkehrsmittel						
127 – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
128						
129						

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland!) – ggf. Beiblatt verwenden – (Bitte Nachweise beifügen!)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
130 Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131 Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
132 Bargeld						
133 Bank-/Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen)						
134 Kreditinstitut						
135 Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert						
136 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 164 bis 167 beachten)	<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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
137 Haus/Wohneigentum** – Haus/Eigentumswohnung • Größe Grundstück • Größe Haus/m ² • Anzahl Wohnungen						
138 Sonstiger Grundbesitz** • Art/Nutzung • Verkehrswert • Sonstiges						
139 Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung						
140 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
141 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
142 Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonst. Vermögensgegenstände etc.)						

VII. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	Nachweise beifügen!
143 Kostenaufwändige Ernährung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ärztliches Attest
144 Eingeschränkte Mobilität (Merkzeichen G oder aG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schwerbehindertenausweis
145 Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderstätte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nachweis über Verpflegungskosten
146 Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Entbindungstermin
147 Alleinerziehung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

148	Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde
	Bemerkungen	

** Wert, Größe sowie Lage Ihres Immobilienvermögens ist durch die Einreichung geeigneter Dokumente (Katastrauszug, Grundbuchauszug, Fotos etc.) nachzuweisen.

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

149 Glaubt die hilfebedürftige Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?
 Nein Ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall aus dem Lastenausgleich
 150 als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____
 151 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____
 152 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei _____ Az. _____

3. Versicherungsansprüche (auch im Ausland!)

153 Sind Sie **privat kranken- und pflegeversichert**? nein ja
 154 Bei welcher Versicherung? _____ Monatsbeitrag _____ EUR
 155 Basistarif nein ja
 156 **Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?** _____ Monatsbeitrag _____ EUR
 157 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter
 158 Familienversichert bei _____
 159 **Steuer-Identifikationsnummer**
 160 Wenn Sie derzeit **nicht** Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert? nein ja Wenn ja, wann? Von _____ bis _____
 161 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse? _____
 162 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter
 163 Besteht eine **Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag**? nein ja, welche _____
 164 Aktueller Rückkaufswert _____ EUR
 165 **Lebensversicherung** besteht bei Gesellschaft _____
 166 Höhe der Versicherungssumme _____ EUR fällig am: _____
 167 Vertrags-Nummer _____
 168 Aktueller Rückkaufswert _____ EUR
 169 Besteht ein **Rentenanspruch**, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? nein ja, beantragt bei _____
 170 Falls der Antrag abgelehnt wurde _____ wann? _____
 171 _____ warum? _____
 172 Werden Beiträge zur Rentenversicherung/ zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet? nein ja
 173 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? _____
 174 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? nein ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen
 175 Sozialversicherungsnummer (Bitte unbedingt angeben!) _____
 176 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche? nein ja, bei _____

IX. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete für Wohnung (Bitte Nachweise beifügen!)

177 Zahl der Personen in der Wohnung: Anzahl _____ Person(en) Wohnfläche: _____ m² davon untervermietet: _____ m²
 178 Gesamtkosten der Unterkunft: _____ EUR
 179 davon Kaltmiete: _____ EUR
 180 Nebenkosten: _____ EUR
 181 Kosten für Stellplatz/Garage: _____ EUR
 182 Heizungskosten: Holz/Kohle Fernwärme Gas Öl Strom _____ EUR
 183 Einnahmen aus Untervermietung _____ EUR
 184 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? nein ja, in Höhe von _____ EUR
 185 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? nein ja, in Höhe von _____ EUR

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

186 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

3. Miete für besondere Wohnform der Eingliederungshilfe; ehemals stationäre Einrichtung (Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen!)

187 Wurde ein Zimmer in einer Wohneinrichtung angemietet mit zusätzlicher Möglichkeit zur Nutzung von Gemeinschaftsflächen? ja nein
 188 Gesamtkosten der Unterkunft _____ EUR
 189 davon Kaltmiete _____ EUR
 190 Nebenkosten _____ EUR
 191 Zusätzliche Wohnkosten: Möblierungszuschlag für das eigene Zimmer _____ EUR
 192 Haushaltsstrom _____ EUR
 Instandhaltung der angemieteten Räume _____ EUR
 Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten _____ EUR
 Gebühren für Telefon, Rundfunk, TV und Internet _____ EUR

4. Sonstige Angaben zur Unterkunft

193 Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt? ja nein
 194 Bestehen Mietschulden? nein ja, in Höhe von _____ EUR
 195 Bestehen Schulden für Energielieferungen? nein ja, in Höhe von _____ EUR
 196 Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen? nein ja, welche? _____

X. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

197 Erwerbsstatus _____ Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI) Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
 198 Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung
 199 Erwerbstätig als _____

200	Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von	bis	von	bis
201		von	bis	von	bis
202	Auslandsaufenthalte in den letzten drei Jahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, dann bitte die Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ausfüllen.	
203	Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
204	Stamm-Nr./Kunden-Nr.				
205	Nicht erwerbstätig wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
206	wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörige)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
207	wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit/Pflege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
208	aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
209	aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

XI. Sonstiges:

210	Wurde bereits früher Sozialhilfe/Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder Alg. II/Bürgergeld bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja vom		bis
211	Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?				
212	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
213	Falls ja, welche Behörde?				
214	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes				
215	Hat der/die hilfebedürftige Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG), erhalten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja vom		bis
216	Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.				
217	Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung; bei besonderer Wohnform der Eingliederungshilfe (Ein- und Auszug)				
218	a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme, bei Einzug in besondere Wohnform) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Einzug/Aufnahme . . .				
219	b) (bei Übertritt/Umzug von einem Heim, einer Anstalt oder einer besonderen Wohnform in ein anderes Heim usw.) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt/eine besondere Wohnform? Wer war bisher Kostenträger? Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt/der besonderen Wohnform				
220	c) (bei Entlassung/Auszug aus Heim/Anstalt/besondere Wohnform) Wo und bis wann war die hilfebedürftige Person zuletzt in einer Anstalt usw.?				
221	(Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes				
222	Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . . Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?				

XII. Bankverbindung: Girokonto der hilfebedürftigen Person:

223	Name und Sitz des Geldinstituts	
224	IBAN	BIC
	Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich)	

Erklärung der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partners eheähnliche Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.
 Mir ist bekannt, dass ich **wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss**. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).
 Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.
 Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.
Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.
 Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.
 Sind die Voraussetzungen für Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsofopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

225 Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

226	Ort, Datum	Unterschrift der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers oder seines gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/Partners eheähnliche Gemeinschaft
-----	------------	---	---

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

227	Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller	Unterschrift des Aufnehmenden
-----	---	-------------------------------

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).

228 Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt.
 (Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)
 Ort, Datum
 I. A.
 Mit _____ Anlagen an
 die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

MERKBLATT

für Leistungsberechtigte nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe)

1. Aufgabe der Sozialhilfe, Zuständigkeit

Menschen, die in einer Notlage sind, die sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können und denen die erforderliche Hilfe auch nicht von Angehörigen oder von anderer Seite zuteil wird, können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Dabei ist es nach einem der elementaren Grundprinzipien der Sozialhilfe deren Aufgabe, ein menschenwürdiges Leben zu sichern (§ 1 SGB XII). Die Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch XII sind Teil eines staatlichen Systems der sozialen Sicherung der Bürger. Zu diesem System gehören auch die gesetzliche Sozialversicherung (Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung), die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, die Versorgung der Kriegsopter 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 (§ 2 SGB XII). Zuständig für die Sozialleistungen sind die im Sozialgesetzbuch (SGB) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden; sie werden als Leistungsträger bezeichnet. Für die Sozialhilfe sind regelmäßig die Landkreise und kreisfreien Städte sachlich zuständig, in Einzelfällen die sog. überörtlichen Träger (§ 3 SGB XII). Örtlich zuständig ist grundsätzlich der Sozialhilfeträger, in dessen Bereich sich die nachfragende Person im Zeitpunkt des Bedarfs tatsächlich aufhält (§ 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Bei Heimbewohnern bzw. Bewohnern von besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe kommt es auf den gewöhnlichen Aufenthalt vor dem Heimeintritt bzw. vor dem Einzug in eine besondere Wohnform der Eingliederungshilfe an (§ 98 Abs. 2 SGB XII bzw. § 98 Abs. 6 SGB XII, § 98 SGB IX). 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 (§ 11 Abs. 1, 2 SGB XII, § 14 – SGB I).

2. Rechtsgrundlage für die Leistungsgewährung ist das SGB XII. Ist nach diesem Gesetz Hilfe zu gewähren, so hat der Leistungsberechtigte bzw. die nachfragende Person darauf einen Rechtsanspruch (§ 17 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, § 39 SGB I). Über Form und Maß der Sozialhilfe entscheidet das Sozialamt nach pflichtmäßigem Ermessen, soweit das Gesetz das Ermessen nicht ausschließt (§§ 9; 10; 17 Abs. 2 SGB XII).

3. Aufgaben der Verwaltung

Die Mitarbeiter der Verwaltung prüfen, wie der jeweiligen Notlage am besten begegnet werden kann und welche Hilfen im Einzelfall ggf. in Frage kommen. Die Behörde hat den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen. Die Behörde hat dabei alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für den Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten günstigen Umstände zu berücksichtigen (§ 20 Abs. 1 und 2 SGB X). Die Behörde bedient sich der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Sachverhaltsermittlung für geboten hält (§ 21 Abs. 1 SGB X). Die Mitarbeiter der Verwaltung stellen außerdem wegen des Nachranges der Sozialhilfe fest, ob die nachfragende Person eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen hat, ob Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen oder ob Angehörige ihr helfen können. Das Nachrangprinzip der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) erfordert auch eine Prüfung, ob unterhaltspflichtige Angehörige ihren Verpflichtungen nachkommen. Ist dies nicht der Fall, so leistet der Sozialhilfeträger und nimmt die Unterhaltspflichtigen – soweit sie ohne Gefährdung des eigenen Unterhalts hierzu in der Lage sind – in Anspruch. Ob und inwieweit dies geschieht, entscheidet der Träger der Sozialhilfe der Situation des Einzelfalles entsprechend.

4. Grundsätzlich muss jeder der Sozialhilfe bezieht vor Inanspruchnahme der Sozialhilfe seine **Arbeitskraft**, sein **Einkommen** und sein **Vermögen** (§ 2 SGB XII) sowie seine ihm gegen Unterhaltspflichtige und andere Dritte (z. B. Versicherungsträger u. ä. Stellen) zustehenden **Ansprüche**, falls diese im Zeitpunkt des vorhandenen Bedarfs auch realisierbar sind, zur Beschaffung seines Bedarfes und desjenigen seiner unterhaltsberechtigten Angehörigen einsetzen.

5. Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat insbesondere

- 5.1 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 (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I);
- 5.2 Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärung abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I).

Diese Mitteilungspflicht bezieht sich in erster Linie auf die in den häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Sozialhilfeempfängers eingetretenen Veränderungen. Diese Mitteilungspflicht besteht besonders dann, wenn

- a) die nachfragende Person und ihre im Haushalt lebenden Angehörigen **Einkünfte** erzielen, die dem Sozialamt noch nicht bekannt sind – auch wenn nur vorübergehend –, z. B. durch Aufnahme einer Arbeit (auch geringfügige Beschäftigungen oder Nebentätigkeiten), durch Vermieten von Zimmern, Bewilligung von Renten, Pensionen, Treuegeldern, Abfindungen, Entschädigungen, Darlehen, durch Eingang rückständiger Forderungen, durch Lotteriegewinn, Erbschaft usw.). Dem Sozialamt ist ebenfalls der Bezug von Naturalleistungen (Wohnung, Kost) sowie eine Forderung oder die Entstehung einer Forderung gegen einen anderen mitzuteilen;
- b) sich der Bestand des vorhandenen **Vermögens** (z. B. durch Kauf, Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Scheidung, Vermögensauseinandersetzung) ändert;
- c) ein mitunterstützter Angehöriger den Haushalt, wenn auch nur vorübergehend, verläßt (z. B. bei Krankenhausaufenthalt, Kuraufenthalt, Besuchsreise, Tod eines Haushaltsangehörigen u. a.);
- d) ein Angehöriger im Haushalt aufgenommen wird;
- e) die Wohnung oder eine Unterkunft in einer besonderen Wohnform gewechselt wird; vor Abschluss eines Vertrages über eine neue Unterkunft hat der Leistungsberechtigte den dort zuständigen Träger der Sozialhilfe über die maßgeblichen Umstände des Umzugs in Kenntnis zu setzen;
- f) ein Antrag auf Zahlung einer anderen Sozialleistung gestellt wird oder früher gestellt worden ist (z. B. Rente aus der Sozialversicherung, Leistungen auf Eingliederungshilfe nach SGB IX, Versorgungsrente, Unfallrente, Kriegsschadenrente, Unterhaltshilfe, Arbeitslosengeld, Grundsicherung für Arbeitssuchende, Krankengeld, Kindergeld u. a.);
- g) ein Rechtsmittel (z. B. Widerspruch, Klage, Berufung) gegen Entscheidungen anderer Sozialleistungsträger (vgl. Buchstabe f) eingelegt wird;
- h) der Leistungsberechtigte einen vermögensrechtlichen oder körperlichen Schaden durch Dritte erlitten hat;
- i) der Leistungsberechtigte eine privatrechtliche Forderung gerichtlich geltend macht.

Diese Mitwirkungspflicht obliegt bei geschäftsunfähigen oder in ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkten Hilfe-suchenden oder Leistungsberechtigten deren gesetzlichen Vertretern.

6. Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers
 - a) zur **mündlichen** Erörterung des Antrags – auf Antrag erstattet das Sozialamt in diesem Fall die Auslagen (Fahrtkosten usw.) – 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).
7. 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 (§ 65 SGB I).

Folgen fehlender Mitwirkung

8. Kommt derjenige, der Sozialhilfe 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 Sachverhalts erheblich erschwert (§ 66 Abs. 1 SGB I).
9. Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit 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 Abs. 2 SGB I).
10. Wer seine häuslichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse falsch angibt oder die erforderlichen Mitteilungen an das Sozialamt unterlässt, gefährdet die gesetzmäßige Durchführung der Sozialhilfe. Abgesehen davon, dass die aufgrund fehlender, unzureichender oder falscher Angaben geleistete Hilfe zurückgefordert werden kann, setzt sich die nachfragende Person bzw. der Leistungsberechtigte einer Strafverfolgung wegen Betrugs aus (§ 263 Strafgesetzbuch).
11. Auch Leistungsberechtigte nach dem SGB XII müssen im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine zumutbare Tätigkeit annehmen und an entsprechenden Vorbereitungen teilnehmen (§ 11 Abs. 3 Sätze 3, 4 SGB XII).
Lehnen Leistungsberechtigte entgegen ihrer Verpflichtung die Aufnahme einer Tätigkeit ab, vermindert sich der maßgebende Regelsatz nach vorheriger Belehrung in einer ersten Stufe um bis zu 25 vom Hundert, bei wiederholter Ablehnung in weiteren Stufen um jeweils bis zu 25 vom Hundert (§ 39a Abs. 1 SGB XII).
12. Mit der Krankenversichertenkarte, die auf Anmeldung des Sozialhilfeträgers/einer vom Sozialhilfeträger beauftragten Behörde von einer Krankenkasse ausgestellt wurde, ist sorgsam umzugehen. Ein Verlust ist sofort der zuständigen Krankenkasse/dem Sozialhilfeträger oder der von ihm beauftragten Behörde anzuzeigen. Die Kosten für eine Ersatzkarte sind vom Leistungsberechtigten zu tragen. Eine missbräuchliche Anwendung ist auszuschließen. **Falls die gewährte Hilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII eingestellt wird, darf ab dem Tag der Leistungseinstellung diese Krankenversichertenkarte nicht mehr verwendet werden.** Sie/und Ihre Familienangehörigen sind nach Wegfall der Bedürftigkeit **verpflichtet**, die betreffende(n) Krankenversichertenkarte(n) **unverzüglich** an den Sozialhilfeträger/die vom Sozialhilfeträger beauftragte Behörde **zurückzugeben**. Dies gilt auch bei Umzug in den Bereich eines anderen Sozialhilfeträgers. Kosten, die durch missbräuchliche Anwendung entstehen, werden in Rechnung gestellt. Wird mit der Krankenversichertenkarte Missbrauch getrieben, so kommt dieses dem Tatbestand des Betruges gleich und kann strafrechtlich verfolgt werden.

Kostenersatz

13. 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, ist zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe verpflichtet. Die Verpflichtung zum Kostenersatz besteht auch für denjenigen, der als leistungsberechtigte Person oder als deren Vertreter die Rechtswidrigkeit des der Leistung zu Grunde liegenden Bewilligungsbescheides kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte.
14. Zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe ist auch der Erbe der leistungsberechtigten Person oder dessen Ehegatte oder dessen Lebenspartner verpflichtet. Die Ersatzpflicht bezieht sich nur auf die Kosten der Sozialhilfe, die innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren vor dem Erbfall aufgewendet worden sind. Diese Ersatzpflicht zählt zu den Nachlassverbindlichkeiten. Der Erbe haftet aber nur mit dem Wert des Nachlasses. Vom Erben nicht zu ersetzen sind Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII (Grundsicherung).

15. Schutz der Sozialdaten

Angaben der nachfragenden Person 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 (§ 67b SGB X).
Der im § 118 des Sozialgesetzbuches XII ermöglichte automatische Datenabgleich kann ohne Einwilligung der Leistungsberechtigten erfolgen.

Ich/Wir bestätigen hiermit den Erhalt des „Merkblattes für Leistungsberechtigte nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe)“. Ein **Exemplar** ist in meinem/unserem Besitz.

Unterschrift der nachfragenden Person/des Leistungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners

Informationen zur Datenverarbeitung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) im Zusammenhang mit der Durchführung der dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe obliegenden Aufgaben gemäß § 4 Abs. 1 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (AG SGB XII)

Sie haben bei der Landeshauptstadt Magdeburg, Sozial- und Wohnungsamt wegen Sozialleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) / Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nachgefragt. Die Bearbeitung Ihres Anliegens erfordert eine Verarbeitung (beispielsweise das Erheben, das Erfassen, die Speicherung, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung) Ihrer personenbezogenen Daten durch die Behörden des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe (aufgeführt unter Nr. 4). Mit den folgenden Hinweisen werden Sie über diese Datenverarbeitung informiert.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle und des Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle ist die Sozialagentur Sachsen-Anhalt als Behörde des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe des Landes Sachsen-Anhalt, vertreten durch den Direktor.

Den Direktor und auch den Datenschutzbeauftragten der Sozialagentur können Sie über folgende Kontakte erreichen:

Geschäftsstelle ► Magdeburger Straße 38, 06112 Halle (Saale)

Telefon ► 0345 – 6815 800 (Zentrale)

Telefax ► 0345 – 6815 803

E-Mail ► Post@sozag.ms.sachsen-anhalt.de

E-Mail: ► datenschutzbeauftragter.sozialagentur@sozag.ms.sachsen-anhalt.de

Internet ► <https://sozialagentur.sachsen-anhalt.de>

2. Zwecke der Datenverarbeitung

Das Land Sachsen-Anhalt ist als überörtlicher Träger der Sozialhilfe gemäß §§ 28, 28a Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), §§ 3, 97 Abs. 2 SGB XII, § 94 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit dem Gesetz zur Ausführung des Leistungsgesetzes zuständiger Leistungsträger für Leistungen der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII und SGB IX. Leistungen der Sozialhilfe in Zuständigkeit des Landes sind beispielsweise Leistungen der Hilfe zur Pflege, Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und der Blindenhilfe. Aufgabe dieser Leistungen ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.

Leistungen der Eingliederungshilfe in Zuständigkeit des Landes umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Teilhabe. Aufgabe dieser Leistungen ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Nach dem Sozialhilfe- und Eingliederungshilferecht sind die Möglichkeiten des Einzelnen, sich selbst zu helfen oder die erforderliche Leistung von anderen – auch von Trägern anderer Sozialleistungen – zu erhalten (Nachrang der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe), zu beachten.

Um feststellen zu können, ob Ihnen Leistungen nach dem SGB XII / SGB IX zu gewähren sind oder Möglichkeiten der Selbsthilfe oder Leistungen anderer tatsächlich gegeben sind, ist die Verarbeitung (beispielsweise das Erheben, das Abfragen, die Offenlegung durch Übermittlung, die Speicherung) Ihrer personenbezogenen Daten erforderlich.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Erlaubnis zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die zuständigen Behörden des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe (aufgeführt unter Nr. 4) zur Erfüllung der vorgenannten Aufgaben stützt sich auf Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e und Artikel 9 Abs. 4 DS-GVO in Verbindung mit §§ 35, 60 SGB I, §§ 67 ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), § 23 SGB IX sowie §§ 121 ff SGB XII.

4. Empfänger der personenbezogenen Daten

Damit die Aufgabe der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe unter Beachtung des Nachrangs erfüllt werden kann, werden Ihre personenbezogenen Daten durch die dafür zuständigen Behörden: das Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg im Rahmen der Heranziehung gemäß § 4 Abs. 1 AG SGB XII, die Sozialagentur Sachsen-Anhalt, das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt mit Hilfe Informationstechnik gestützter Verfahren verarbeitet und soweit dies im Einzelfall erforderlich ist, andere Leistungsträger (beispielsweise gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Pflegekassen, gesetzliche Rentenversicherung, Agenturen für Arbeit und sonstige Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, kreisfreie Städte, Landkreise, Jobcenter) beteiligt. Zur Zahlung einer Sozialleistung erfolgt die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Landeshauptkasse Sachsen-Anhalt. Für im Einzelfall erforderliche Aufklärung medizinischer Sachverhalte werden personenbezogene Daten durch das Gesundheitsamt des Landkreises / der kreisfreien Stadt, im Falle einer Klage/ eines Rechtsmittelverfahrens durch das zuständige Sozialgericht, Verwaltungsgericht, Zivilgericht mit den jeweils nachfolgend zuständigen Obergerichten verarbeitet. Werden Sozial- bzw. Eingliederungshilfeleistungen durch Einrichtungen oder Dienste erbracht, werden personenbezogene Daten des Leistungsberechtigten an den jeweiligen Leistungserbringer übermittelt. Durch die Firma Dataport werden personenbezogene Daten in Auszahlungslisten verarbeitet, wenn eine Sozialleistung direkt an eine Einrichtung gezahlt wird. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an ein Drittland ist bei den Aufgaben gemäß § 4 Abs. 1 AG SGB XII nicht beabsichtigt. Die Daten werden im Übrigen nur weitergegeben, wenn eine gesetzliche Verpflichtung besteht (beispielsweise §§ 69 ff SGB X, §§ 121 ff SGB XII) oder Sie in die Weitergabe Ihrer Daten eingewilligt haben (beispielsweise vor der Durchführung der Teilhabeplankonferenz gemäß § 23 Abs. 2 SGB IX).

5. Dauer der Speicherung

Die Dauer der Speicherung personenbezogener Daten bemisst sich nach einer Zusammenschau der Verwirkungsregelungen in den Sozialgesetzbüchern, die eine gesetzliche Möglichkeit der Rückforderung oder dem Ersatz von Leistungen regeln. Die Speicherung erfolgt in Papierform sowie durch Informationstechnik gestützte Verfahren. Die Dauer der Datenspeicherung kann unter Beachtung von Artikel 17 Abs. 3 Buchstabe d DS-GVO in Verbindung mit dem Archivgesetz Sachsen-Anhalt verlängert werden, soweit es sich um Daten handelt, denen im öffentlichen Interesse bleibender Wert zukommt. Die Entscheidung darüber trifft das Landesarchiv Sachsen-Anhalt.

6. Ihre Rechte als Betroffene/Betroffener

Unmittelbar aus der DS-GVO resultieren für Sie gegenüber dem Verantwortlichen das Auskunftsrecht über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DS-GVO), das Recht auf Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten (Artikel 16 DS-GVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung von Daten (Artikel 18 DS-GVO) und das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben (Artikel 21 DS-GVO).

Soweit Sie von den genannten Rechten Gebrauch machen sollten, wird geprüft, ob die Voraussetzungen gegeben sind.

Für Sie besteht auch ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz Sachsen-Anhalt

Geschäftsstelle	▶ Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg
Telefon	▶ 0391 81803-0
Telefax	▶ 0391 81803-33
E-Mail	▶ poststelle@ld.sachsen-anhalt.de
Internet	▶ https://datenschutz.sachsen-anhalt.de/service

7. Ihre Verpflichtung zur Bereitstellung der Daten

Wer Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) beantragt oder erhält, ist zur Mitwirkung verpflichtet. Der Umfang Ihrer Mitwirkung sowie die Folgen bei fehlender Mitwirkung sind gesetzlich im SGB I – Allgemeiner Teil – in den §§ 60 bis 67 SGB I geregelt. Dazu gehört, dass alle Tatsachen und auch Änderungen in den Verhältnissen anzugeben sind, die für die Leistung erheblich sind. Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ist auch der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Ebenso sind auf Verlangen des Leistungsträgers entscheidungsrelevante Unterlagen vorzulegen. Erfolgt die erforderliche Mitwirkung Ihrerseits nicht, besteht gemäß § 66 SGB I die Möglichkeit, die Leistung ganz oder teilweise zu versagen oder zu entziehen.

8. Nachweis über die Ihnen erteilten Informationen („Rechenschaftspflicht“)

Die Informationen zur Datenverarbeitung nach der DS-GVO sind Ihnen im Zeitpunkt der Erhebung der personenbezogenen Daten mitgeteilt worden. Der Verantwortliche muss die Einhaltung der Regelungen gemäß der DS-GVO nachweisen können. Als Nachweis, dass Ihnen gegenüber diese Informationen erfolgt sind, ist im Verwaltungsvorgang der Tag (Zeitpunkt) sowie die Form der Mitteilung (Aushändigung oder Übersendung) dokumentiert.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlicher Vertreter

LEERSEITE

LEERSEITE

LEERSEITE

LEERSEITE

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Freiwillige Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen des Sozial- und Wohnungsamtes, Bereich Hilfe zur Pflege der Landeshauptstadt Magdeburg, in meinem Auftrag mit nachfolgend benannten Institutionen und Personen in Kontakt treten dürfen, soweit dies zur Klärung und Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen für die Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII bzw. Ansprüche gegenüber dieser Stelle notwendig ist.

Zutreffendes und Nichtzutreffendes bitte entsprechend ankreuzen!

Nein	Ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenkasse / Pflegekasse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rententräger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jobcenter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (ambulant, teilstationär, vollstationär)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegeeinrichtung / Tagespflegeeinrichtung / betreutes Wohnen und ambulante Pflegedienste
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizinischer Dienst der Krankenkasse (MDK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Sozialämter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rechtliche Betreuer / Vorsorgebevollmächtigte / Sorgeberechtigte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Träger der Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohngeldstelle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges: _____

Diese Schweigepflichtentbindung endet mit der Klärung meiner Belange und kann für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Einverständnis zur Kontozahlung

Die aufstockende Sozialhilfe wird gemäß des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 28.10.2008 (Az. B 8 SO 22/ 07 R) an die stationäre Pflegeeinrichtung überwiesen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Bekleidungshilfe und den Barbetrag, sofern das Einkommen diesen Anspruch nicht decken kann, auf ein privates Konto auszahlen zu lassen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

-
- Die laufende fachliche Sozialhilfe und die Bekleidungshilfe sowie der Barbetrag (Taschengeld), sofern dafür ein Leistungsanspruch besteht, werden an die **Pflegeeinrichtung** überwiesen und von **dieser** an den Leistungsberechtigten zur freien Verfügung ausgezahlt.

ODER

-
- Die laufende fachliche Sozialhilfe wird an die **Pflegeeinrichtung** überwiesen.
Die Bekleidungshilfe sowie der Barbetrag (Taschengeld), sofern dafür ein Leistungsanspruch besteht, **soll auf folgendes Privatkonto** überwiesen werden:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass überzahlte Sozialhilfeleistungen zurückzuzahlen und/oder mit der Pflegeeinrichtung zu verrechnen sind.

Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter



Einverständniserklärung zum E-Mail-Versand

1. Angaben zum Verantwortlichen:

Verantwortlicher für die Verarbeitung meiner Daten ist:

Landeshauptstadt Magdeburg
Sozial- und Wohnungsamt
Wilhelm-Höpfner-Ring 4
39116 Magdeburg

Der/die zuständige behördliche Datenschutzbeauftragte ist erreichbar über:

datenschutzbeauftragter@stadt.magdeburg.de
Landeshauptstadt Magdeburg, Datenschutzbeauftragte, 39090 Magdeburg
(siehe auch www.magdeburg.de, Suche: Datenschutzbeauftragter)

Auf Grund der Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen des Art. 25 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) darf eine elektronische Kommunikation zwischen dem Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg und dem Antragsteller, die die Übermittlung personenbezogener Daten und insbesondere besondere personenbezogenen Daten, die dem Sozialgeheimnis unterstehen, zum Gegenstand hat nur unter Berücksichtigung des Stands der Technik durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen erfolgen.

Demnach ist eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung grundsätzlich erforderlich, welche durch die Landeshauptstadt Magdeburg derzeit nicht gewährleistet werden kann.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch der E-Mail führen möchten, ist abweichend von den gesetzlichen Bestimmungen ein Versand solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur zulässig, wenn sie ausdrücklich und auf eigenen Wunsch einer E-Mail-Kommunikation ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und Verschlüsselung zustimmen.

Gegenstand des einfachen, unverschlüsselten E-Mail-Verkehrs können beispielsweise sein: Der Versand von Unterlagen, die für die Anspruchsprüfung benötigt werden (z.B. Mietvertrag, Betriebskostenabrechnungen, Rechnungen von Versorgungsunternehmen, Kontoauszüge, Nachfragen zum Bearbeitungsstand, etc.).

Behördliche Entscheidungen, wie Bescheide oder andere Maßnahmen, die auf eine Rechtsfolge ausgerichtet sind, sind vom einfachen, unverschlüsselten E-Mail-Verkehr ausgeschlossen. Ebenso sind fristwahrende Widersprüche in einfachen, unverschlüsselten E-Mails unzulässig. Diese sind entweder in einer qualifizierten DE-Mail oder postalisch in einem Brief einzulegen.

2. Einwilligungserklärung

Ich _____ (Name, Vorname)

Wohnhaft in

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per einfacher, unverschlüsselter E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten und von mir versendeten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden, insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte, sind mir bewusst.

Die hier genannte Einwilligungserklärung bezieht sich nur auf den Datenschutz und die Datensicherheit bei E-Mail-Verkehr.

3. Hinweis zum Widerrufsrecht

Ich kann mein Einverständnis jederzeit für die Zukunft widerrufen. Um widerrechtliches Handeln Dritter ausschließen zu können, kann ein Widerruf nur schriftlich erfolgen. Gegebenenfalls muss ich meine Identität nachweisen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine personenbezogenen Daten nicht weiter in einfachen, unverschlüsselten E-Mails versendet werden. Die bisherige Verwendung bleibt jedoch hiervon unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Infoblatt zum Schwerbehindertenstatus

Zutreffendes und Nichtzutreffendes bitte entsprechend ankreuzen!

Nein Ja _____

- Schwerbehindertenausweis **vorhanden** (Bitte beifügen)

- Schwerbehindertenausweis **beantragt**

- kein** Schwerbehindertenausweis beantragt

- Schwerbehindertenausweis **abgelehnt**

Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter _____

LEERSEITE

LEERSEITE

LEERSEITE

LEERSEITE

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Erklärung über Einkommen und Vermögen

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich gemäß § 60 ff Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (SGB I) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäß und vollständige Angaben zu machen habe. Hiernach erkläre ich:

Einkommen: (bei „Ja“ bitte die entsprechenden Nachweise einreichen)

Nein	Ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte Altersrente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte Witwenrente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte EU- bzw. Erwerbsminderungsrente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte Lohn / Gehalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte ALG-I / ALG-II Leistungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte Grundsicherung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte Wohngeld
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich erhalte Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges: _____

Vermögen: (bei „Ja“ bitte die entsprechenden Nachweise einreichen)

Nein	Ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze ein Girokonto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze weitere Girokonten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze ein Sparbuch / Sparkonto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze weitere Sparbücher / Sparkonten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze ein Bankdepot inkl. Wertpapieren / Aktien / Fonds - wurde für die vorhandenen Konten ein Zinsfreistellungsantrag erteilt, ist dies nachzuweisen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze kapitalbildende Versicherungen <input type="checkbox"/> Lebensversicherung <input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich besitze Bausparverträge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges: _____

Außer den zuvor genannten unterhalte ich keine weiteren Girokonten, Sparkonten, Depotkonten, kapitalbildende Versicherungen, etc. Den umseitigen Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter

Hinweis

In diesem Zusammenhang weisen wir Sie darauf hin, dass Sie verpflichtet sind, alle für diese Entscheidung erforderlichen Tatsachen, Beweismittel und Unterlagen anzugeben und vorzulegen. Sofern Sie dieser Verpflichtung ohne Mitteilung von Hinderungsgründen nicht nachkommen, können Sozialleistungen nach Ablauf der im Antrag genannten Frist ohne weitere Ermittlung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden, soweit die der Leistungen nicht nachgewiesen werden. Dies gilt entsprechend, wenn der/die AntragstellerIn oder der/die Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§§ 60, 66 SGB I). Bei notwendigen Rückfragen setzen Sie sich bitte mit Ihrem/Ihrer SachbearbeiterIn in Verbindung.

Name, Telefonnummer und Dienstgebäude entnehmen Sie bitte dem Briefkopf.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Angaben zur Hausertragsberechnung

Für das Haus in: _____, Straße, Nr: _____

Eigentümer: _____, Baujahr: _____

Zutreffendes bitte entsprechend ankreuzen!

I) Es handelt sich um ein:

Einfamilienhaus mit _____ Wohnungen mit Gewerberaum

Zweifamilienhaus mit _____ Wohnungen mit Gewerberaum

Mehrfamilienhaus mit _____ Wohnungen mit Gewerberaum

Das Gebäude enthält:

1 Wohnung mit _____ Räumen im _____ Geschoss = _____ m²

1 Wohnung mit _____ Räumen im _____ Geschoss = _____ m²

1 Wohnung mit _____ Räumen im _____ Geschoss = _____ m²

1 Wohnung mit _____ Räumen im _____ Geschoss = _____ m²

_____ Gewerberäume im _____ Geschoss = _____ m²

sowie _____ Garagen

Wohn- und Nutzfläche insgesamt: m²

Von den vorgenannten Wohn- und Nutzflächen sind eigengenutzt:

1 Wohnung mit _____ Räumen im _____ Geschoss = _____ m²

_____ Gewerberäume im _____ Geschoss = _____ m²

sowie _____ Garage(n).

II) Aufwendungen für Erhaltung ohne bauliche Verbesserungen (Rechnungen der letzten 12 Monate)

Summe: _____ €

III) Fremdkapital-Kosten (jährlich):

	Letzter Schulden- Stand am:	Zinsen	Tilgung
Geldgeber: _____ ; _____ ;		_____ €	_____ €
		_____ %	_____ %
Geldgeber: _____ ; _____ ;		_____ €	_____ €
		_____ %	_____ %
Geldgeber: _____ ; _____ ;		_____ €	_____ €
		_____ %	_____ %
Grundrentenkapitalisierung:			
_____, ____ € / 12; davon 1/10 (Monatsbeitrag)		_____ €	_____ €
Erbbauzins:		_____ €	_____ €
Summe:		<u>_____ €</u>	<u>_____ €</u>

Anmerkung: Von den Zinsen sind die Zinszuschüsse nicht abzuziehen. Zinszuschüsse
Erscheinen bei den Erträgen.

IV) Betriebskosten (jährlich)

a) Grundsteuer	_____ €
b) Kanalisationsgebühren	_____ €
c) Müllabfuhr	_____ €
d) Straßenreinigung	_____ €
e) Schornsteinreinigung	_____ €
f) Brandversicherung	_____ €
g) Gebäudehaftpflicht	_____ €
h) Wassergeld / Flurbeleuchtung	_____ €
i) _____	_____ €

Hiervon werden bei Vermietung und Verpachtung
durch den Mieter aufgebracht (jährlich) _____ €

V) Erträge (monatlich)
Mieten ohne Nebenkosten:

für _____ Wohnungen insgesamt	_____ €
für Leerzimmer	
für _____ möblierte(s) Wohnung(en) / Zimmer	_____ €
für gewerbliche Räume	_____ €
für Garage(n)	_____ €
Summe	_____ €

Wohngeld (Lastenzuschuss)

(beantragt am: _____)
(bewilligt bis: _____) (monatlich) _____ €

Zins- und Tilgungszuschüsse
bewilligt bis: _____
von: _____ (jährlich) _____ €

Antragsteller:

Ich versichere die Richtigkeit und die Vollständigkeit meiner gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter

Sachbearbeiter:

Die Angaben wurden geprüft und werden als richtig bestätigt. Nachweise über alle Aufwendungen und Erträge haben zur Einsicht hier vorgelegen.

Datum, Unterschrift

LEERSEITE

LEERSEITE

LEERSEITE

LEERSEITE

Angaben des Vermieters zum Wohnraum

zur Vorlage bei der Wohngeldbehörde

(Der/Die Vermieter/in ist nach § 23 Absatz 3 des Wohngeldgesetzes zur Auskunft verpflichtet)

Eingang

Die Verpflichtung des Vermieters zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Absatz 3 des Wohngeldgesetzes.

1	<input type="checkbox"/> Vermieter/in <input type="checkbox"/> Eigentümer/in	
	Name, Anschrift, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse	
2	Besteht zwischen Mieter/in und Vermieter/in ein Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, zu wem? (z.B. Groß-/Eltern, Bruder, Schwester, Schwägerin/Schwager)	
3	Anschrift der vermieteten Wohnung (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer)	
4	Mit wem wurde der Mietvertrag für die vorgenannte Wohnung abgeschlossen?	
	Familienname, ggf. Geburtsname	Vornamen
		Geburtsdatum
5	Folgende Personen sind Mieter der betreffenden Wohnung:	
	Familienname, ggf. Geburtsname	Vornamen
		Geburtsdatum
	Der Wohnraum wird von insgesamt	Personen bewohnt.
	Datum des Mietvertrages	Die Wohnung wurde bezogen am (Datum)
6	Der Wohnraum hat eine Gesamtfläche von _____ m² Von der Gesamtfläche <input type="checkbox"/> sind einer anderen Person entgeltlich (z.B. untervermietet) überlassen worden _____ m ² <input type="checkbox"/> werden ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt _____ m ²	
	Die Höhe der Bruttoeinnahmen für Untervermietung beträgt mtl. _____ Euro <input type="checkbox"/> ist nicht bekannt.	
7	Wurde die Wohnung mit öffentlichen Mitteln gefördert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Unterliegt sie deshalb einer Mietpreisbindung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8	Die Miete / das Nutzungsentgelt beträgt einschließlich der Nebenkosten (z.B. Umlagen, Zuschläge) _____ monatlich _____ Euro	
9	Besteht Mietrückstand? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

10 In der monatlichen Gesamtmiete sind folgende Nebenkosten / Gebühren enthalten:

<input type="checkbox"/> Heizungskosten _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> Kosten der Warmwasserversorgung (auch Fernwasser)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> Kosten für Haushaltsenergie (z.B. Strom, Gas - ohne Heizung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> Sonstiges (gewerbliche/berufliche Nutzung) _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> Vergütung für Garage/Carport/Stellplatz _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> Zuschläge für Hausgarten _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____		in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____		in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____		in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____		in Höhe von monatlich _____	Euro

Werden von der Mieterin oder dem Mieter **neben der Miete** weitere Kosten/Gebühren (z.B. Müll-, Kabel-, Wasser/Abwassergebühren o. ä.) **an Dritte** (z.B. Stadtwerke) direkt gezahlt? Wenn ja, welche:

<input type="checkbox"/> _____	in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____	in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____	in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____	in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____	in Höhe von monatlich _____	Euro
<input type="checkbox"/> _____	in Höhe von monatlich _____	Euro

Bemerkungen

Verstöße gegen die Mitteilungspflicht können nach § 37 Wohngeldgesetz (WoGG) als Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Vermieterin/des Vermieters