

Antrag auf Gewährung von Leistungen

nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII)

ausgehändigt am:

Ich beantrage Sozialhilfe in Form der Übernahme von ungedeckten Heimkosten für

die Kurzzeitpflege/ befristete Unterbringung vom _____ bis _____

die Heimunterbringung auf Dauer

nach den Bestimmungen des SGB XII entsprechend der folgenden Angaben:

Hinweise: Um über Ihren Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Art und Umfang können Sie diesem Vordruck entnehmen. Die Angaben umfassen dabei jeweils auch ausländisches Einkommen bzw. ausländische Einkommensansprüche sowie Auslandsvermögen. Der Antrag muss von Ihnen **sorgfältig** und **vollständig** ausgefüllt werden. Zutreffendes ist **anzukreuzen**. Die erforderlichen Nachweise zu Ihren Angaben sind mir **lückenlos** vorzulegen. Von Ihnen eingereichte Originale erhalten Sie selbstverständlich zurück.

Sämtliche Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I) sowie des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies aufgrund der geltenden rechtlichen Vorgaben zulässig und geboten ist.

Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	antragstellende Person	Ehegatte, Partner/in, Lebensgefährte/in
Name		
ggf. Geburtsname sofern abweichend		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum		
Geburtsort bei Geburt außerhalb der Bundesrepublik Deutsch- land auch Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		
aufenthaltsrechtlicher Status nur bei Ausländern/innen		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> _____
	seit (Datum):	seit (Datum):
Straße/ Hausnummer		
PLZ/ Wohnort		
Telefonnummer (tagsüber)		

Ausweispapiere

Steuer-Identifikationsnummer
(elfstellig)

Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland (sofern sie über einen reinen Urlaubsaufenthalt hinausgehen)

Ist ein/e Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r bestellt?

Ist eine Schwerbehinderung festgestellt worden?

Haben Sie durch Kriegseinwirkung, als Opfer einer Gewalttat, als Soldat/in / Zivildienstleistende/r oder aufgrund politischen Gewahrsams eine dauerhafte Behinderung/ Schädigung erlitten?

Sind durch Kriegseinwirkung, eine Gewalttat, als Soldat/in / Zivildienstleistende/r oder in politischem Gewahrsam Kinder, frühere Ehegatten oder Eltern gestorben oder haben Eltern eine dauerhafte Behinderung/ Schädigung erlitten?

Haben Sie Beihilfeansprüche? (z. B. öffentlicher Dienst, Bahn, Post, Kirche usw.)

antragstellende Person		Ehegatte, Partner/in, Lebensgefährte/in	
Art: Nummer:		Art: Nummer:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben zu Wohnort, Zeitraum, Erwerbstätigkeit, Arbeitgeber, Einkommensansprüchen und Vermögenswerten siehe gesondertes Blatt)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben zu Wohnort, Zeitraum, Erwerbstätigkeit, Arbeitgeber, Einkommensansprüchen und Vermögenswerten siehe gesondertes Blatt)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift, Telefonnr.)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift, Telefonnr.)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> über den Antrag vom _____ wurde noch nichtentschieden <input type="checkbox"/> ja (mit Bescheid vom _____) Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> Ausweis liegt bei		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> über den Antrag vom _____ wurde noch nichtentschieden <input type="checkbox"/> ja (mit Bescheid vom _____) Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____ <input type="checkbox"/> Ausweis liegt bei	
Ursache der Behinderung		Ursache der Behinderung	
Impfschaden	Unfall (unter Beteiligung Dritter)	Impfschaden	Unfall (unter Beteiligung Dritter)
<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, Art und Ursache der Behinderung/ Schädigung: (Bitte den Erstanerkennungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Ursache der Behinderung/ Schädigung: (Bitte den Erstanerkennungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Name, Verwandtschaftsgrad, Datum)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Name, Verwandtschaftsgrad, Datum)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	

Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Beruf, Tätigkeit	Arbeitgeber

Soweit Haushaltsangehörige über eigenes Einkommen/Vermögen verfügen, ist dies auf einem gesonderten Blatt anzugeben.

Angaben zu Angehörigen außerhalb des gemeinsamen Haushaltes

(Kinder, Eltern, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten/ Partner/ Lebensgefährten)

	1. Angehörige/r	2. Angehörige/r	3. Angehörige/r
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße/ Hausnummer			
PLZ/ Wohnort			
Verwandtschaftsver- hältnis, verwandt mit:			
Bestehen aktuell Unter- haltsansprüche nach bürgerlichem Recht und inwieweit werden diese ggf. erfüllt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben siehe gesondertes Blatt und beigefügte Nachweise zu geleisteten Zahlungen, Geltendmachung des Anspruches, Un- terhaltsverzicht etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben siehe gesondertes Blatt und beigefügte Nachweise zu geleisteten Zahlungen, Geltendmachung des Anspruches, Un- terhaltsverzicht etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben siehe gesondertes Blatt und beigefügte Nachweise zu geleisteten Zahlungen, Geltendmachung des Anspruches, Un- terhaltsverzicht etc.)
Verfügt eines Ihrer Kin- der oder ein Elternteil über Einkommen ab 100.000 € im Jahr (brutto)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt

Soweit weitere Angehörige vorhanden sind, bitte gesondertes Blatt für die Angaben verwenden.

Angaben zu Wohnverhältnissen

Name und Anschrift des Pflegeheims	
Datum der Heimaufnahme Zimmerunterbringung	
	<input type="checkbox"/> Doppel-/Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer
Grund des Umzugs in ein Pflegeheim	

Letzter Wohnort vor Heimaufnahme

Straße/ Hausnummer
PLZ/ Wohnort
dort wohnhaft seit (Datum)

Vorletzter Wohnort vor Heimaufnahme

Straße/ Hausnummer
PLZ/ Wohnort
dort wohnhaft seit (Datum)

Wurden vor Heimaufnahme Sozialleistungen bezogen?
(Grundsicherung, Eingliederungshilfe, Wohngeld, etc.)

nein
 ja, vorheriger Träger der Leistungen:
(Bitte letzten Bescheid beifügen)

Wohnform vor Heimaufnahme

In einer Mietwohnung
 (Un)Entgeltlich bei Verwandten/ Angehörigen (z.B. Wohnrecht)
 In einer Eigentumswohnung
 In einem selbstgenutzten Ein-/Mehrfamilienhaus
 Sonstiges:

Sofern ein Ehegatte, Partner/in oder Lebensgefährte/in in der bisherigen Unterkunft verbleibt bzw. bei Kurzzeitpflege sind folgende Angaben zu Wohnverhältnissen ebenfalls zu machen.

Art der Unterkunft	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> _____
Anzahl der in dem Wohnraum lebenden Personen	_____			
Größe der nutzbaren Wohnfläche	_____			m ²
Anzahl der zur Verfügung stehenden Wohnräume	_____			
Datum des Einzugs in die Wohnung	_____			

<input type="checkbox"/> Der Wohnraum steht im Eigentum der antragstellenden Person oder gehört dem/der Ehegatten, Partner/in oder Lebensgefährten/in und ist	
<input type="checkbox"/> schuldenfrei.	
<input type="checkbox"/> nicht schuldenfrei.	
Die Aufwendungen hierfür betragen laufend (entsprechende Belege über laufende Tilgungsleistungen, Zinszahlungen und sonstige Aufwendungen liegen bei):	_____ €
Betriebskosten fallen derzeit in folgender Höhe an (entsprechende Belege sind beigelegt):	
- Grundsteuer	_____ €
- Wohngebäudeversicherung	_____ €
- Trinkwasserversorgung	_____ €
- Bezug von Heizmaterial	_____ €
- Schornsteinreinigung/Brenngeräteprüfung	_____ €
- Abwasser-/Kanalgebühren	_____ €
- Nutzung des Regenwasserkanals	_____ €
- sonstige Aufwendungen	_____ €

Die Wohnung wurde angemietet. Hierfür fallen Kosten im nachstehenden Umfang an (Kopie des Mietvertrages und Kontoauszüge oder Quittungen als Beleg für die Zahlung der Miete oder anderer Leistungen habe ich beigefügt):

- Kaltmiete	€
- Nebenkosten insgesamt	€
darin enthaltene Heizkosten	€
darin enthaltene Stromkosten	€
- sonstige Kosten, in Form von:	€

Es besteht ein kostenfreies Wohnrecht. Einzelheiten können dem in Kopie beigefügten Vertrag entnommen werden.

Angaben zum Einkommen

	antragstellende Person		Ehegatte, Partner/in, Lebensgefährte/in	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Witwen-/ Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
landwirtschaftl. Altersgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Betriebs-/ Zusatzrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Pension/ Ruhegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Leistungen vom Lastenausgleichsamt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Lohnersatzleistungen z. B. Krankengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Sozialhilfeleistungen z. B. Grundsicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Blindengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
Zinseinkünfte/ Dividenden aus Kapitalanlagen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
privatrechtliche Ansprüche z. B. Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€
sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	€

Besteht eine zusätzliche, auf freiwilliger Grundlage erworbene Altersvorsorge? (ggf. auch als Hinterbliebene/r)
 Werden 33 Jahre an Grundrentenzeiten erfüllt? (ggf. auch als Hinterbliebene/r)

antragstellende Person	Ehegatte, Partner/in, Lebensgefährte/in
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (entsprechende Belege über Höhe/Anteil liegen bei)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (entsprechende Belege über Höhe/Anteil liegen bei)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Angaben zu Versicherungen

Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung?

antragstellende Person	Ehegatte, Partner/in, Lebensgefährte/in
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar als <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Mitglied in einer privaten Krankenversicherung <input type="checkbox"/> familierversichertes Krankenversicherungsmitglied	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar als <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Mitglied in einer privaten Krankenversicherung <input type="checkbox"/> familierversichertes Krankenversicherungsmitglied

Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht ggf. die Mitgliedschaft?

Name: Anschrift:	Name: Anschrift:
mtl. Beitrag: €	mtl. Beitrag: €
KV-Nr.:	KV-Nr.:

Werden Leistungen der Pflegeversicherung gezahlt oder sind diese beantragt?
 Privathaftpflichtversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. € Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. € Pflegegrad:
--	--

Hausratversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

Unfallversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

Kfz-Haftpflichtversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

Freiwillige Rentenversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

Zusatzkrankenversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

Sterbegeldversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

Lebensversicherung

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

weitere Versicherungen

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. €
---	---

Bei Bestehen einer kapitalbildenden Versicherung (z.B. Lebens-/ Sterbegeldversicherung) sind Belege über die Vertragsart, den Vertragspartner, die jeweilige Versicherungssumme und die Höhe des Rückkaufwertes sowie der Überschussbeteiligung beizufügen.

Angaben zum vorhandenen Vermögen (vollständige Angaben erforderlich)

Barvermögen
auch in Schließfächern
verwahrte Gelder

Girokontenguthaben
ggf. einschließlich Geschäftsguthaben

Sparbuchguthaben

Guthaben auf weiteren Konten

Guthaben aus Sparverträgen z. B. Sparbriefe und Raten-, Prämien- oder Bausparverträgen

Anlagevermögen
z. B. Aktien, Wertpapiere oder Fondsanteile

Grundvermögen
Eigentumswohnung, bebautes oder unbebautes Grundstück

Hatten Sie früher Grundvermögen?

Wertgegenstände z.B. Pkw, Schmuck, sonstiges Vermögen

Schließfach

Weitere Vermögenswerte

Bestehen Verbindlichkeiten?

antragstellende Person		Ehegatte, Partner/in, Lebensgefährte/in	
Stand: € , am		Stand: € , am	
Stand: € , am		Stand: € , am	
Bezeichnung des Kreditinstituts		Bezeichnung des Kreditinstituts	
IBAN/BIC		IBAN/BIC	
Stand: € , am		Stand: € , am	
Bezeichnung des Kreditinstituts		Bezeichnung des Kreditinstituts	
IBAN/BIC		IBAN/BIC	
<input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden <input type="checkbox"/> siehe beigefügte Aufstellung		<input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden <input type="checkbox"/> siehe beigefügte Aufstellung	
Stand: € , am		Stand: € , am	
Stand: € , am		Stand: € , am	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> sonstiges Grundstück <input type="checkbox"/> bebaut <input type="checkbox"/> unbebaut		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> sonstiges Grundstück <input type="checkbox"/> bebaut <input type="checkbox"/> unbebaut	
Lage des Grundvermögens	Verkehrswert (geschätzt)	Lage des Grundvermögens	Verkehrswert (geschätzt)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Übertragungsdatum:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Übertragungsdatum:	
Art	Wert	Art	Wert
ggf. Kilometerstand	ggf. Erstzulassung	ggf. Kilometerstand	ggf. Erstzulassung
Bankinstitut	Inhalt	Bankinstitut	Inhalt
<input type="checkbox"/> sind nicht vorhanden <input type="checkbox"/> siehe beigefügte Aufstellung		<input type="checkbox"/> sind nicht vorhanden <input type="checkbox"/> siehe beigefügte Aufstellung	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Art		Art	
Höhe	ggf. mtl. Abtrag	Höhe	Ggf. mtl. Abtrag

Angaben sonstigen Ansprüchen

Vertragliche Ansprüche z.B. aus Darlehens-, Altenteils-, Übergabevertrag

Erbrechtliche Ansprüche z.B. Testament, Erbengemeinschaft, Pflichtteil

Ersatzansprüche gegen Dritte z.B. Lohnersatz, Schmerzensgeld, Schadenersatz

Verzicht auf bzw. Nicht-Durchsetzung von Ansprüche/n, Forderungen oder Rechte/n in den letzten 10 Jahren z.B. Pflichtteil, Altenteil, Nießbrauchrecht, Unterhalt, Schadensersatz, Darlehensforderungen

Grabpflege- /Bestattungsvorsorgeverträge

weitere Ansprüche gegenüber Dritten

antragstellende Person	Ehegatte, Partner/in, Lebensgefährte/in
<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
<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

Anspruchsbegründende Nachweise z.B. Vertrag, Testament und nähere Erläuterungen zur Anspruchsart und -höhe sind beizufügen.

Erklärungen zum Antrag

Ich (Wir) habe(n) einen Antrag (Anträge) auf andere Leistungen gestellt, über den (die) noch nicht entschieden wurde (z. B. Wohngeld, Rente, Sozialhilfe, Krankengeld, Arbeitslosengeld, Ausbildungsförderung). Nähere Angaben sind dem gesondert beigefügten Blatt zu entnehmen.

Ich besuche eine Werkstatt für behinderte Menschen und nehme dort am Mittagessen

teil.

nicht (auch nicht gelegentlich) teil.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferversorgung erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFüV erteilt.

Sind die Voraussetzungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfüllt, wird diese hiermit gem. § 41 SGB XII beantragt.

Den Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur/ m Ehegatten/ in, Partner/ in oder Lebensgefährten/ in wurden von

mir aufgrund der mir von dieser Person erteilten Vollmacht getätigt.

meinem/ r Ehegatten/ in, Partner/ in oder Lebensgefährten/ in persönlich gemacht.

Die Richtigkeit wird durch dessen/ deren Unterschrift bestätigt.

Soweit ein Anspruch auf ausländisches Einkommen (z. B. Renten) oder Vermögen (z. B. Immobilien- oder Grundbesitz) besteht, habe(n) ich (wir) dies ordnungsgemäß und vollständig angegeben.

Falls und solange ich (wir) Hilfeleistungen nach dem SGB XII erhalte(n), werde(n) ich (wir) sämtliche Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltssituation) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. (Dazu zählen auch vorübergehende Veränderungen wie befristete Beschäftigungsverhältnisse oder Auslands- und Krankenhausaufenthalte.)

Weiterhin versichere ich ausdrücklich, dass ich (wir) die Aufnahme jeder Arbeit (auch Aushilfs- und Gelegenheitsarbeiten oder Praktika) vor Arbeitsaufnahme dem Träger der Sozialhilfe mitteilen werde (werden). In Bezug auf anderweitige Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosenunterstützung, Renten, Pflegegeld, Wohngeld) werde(n) ich (wir) bereits deren Beantragung unverzüglich dem Träger der Sozialhilfe anzeigen.

Den Träger der Hilfe ermächtige(n) ich (wir) hiermit - soweit für die Hilfe gewährung erforderlich - Akten anderer Träger der Sozialhilfe und sonstiger Sozialleistungsträger, Behörden und öffentlicher Stellen einzusehen, von denen ich (wir) Leistungen erhalten habe(n) oder erhalte(n).

Den Träger der Sozialhilfe entbinde(n) ich (wir) hiermit - soweit für die Sozialhilfeangelegenheit erforderlich - vom Datenschutz gegenüber der stationären Einrichtung. Gleichzeitig ermächtige(n) ich (wir) den Träger der Sozialhilfe, die jeweils gewährten Leistungen direkt an die stationäre Einrichtung zu zahlen.

Die Behörden, Bankinstitute, Versicherungen und Bausparkassen ermächtige(n) und beauftrage(n) ich (wir) zur Auskunftserteilung über meine (unsere) Vermögensverhältnisse dem Landkreis Rotenburg (Wümme) gegenüber. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.

Den behandelnden Arzt, die Kliniken und die ärztlichen Gutachter entbinde(n) ich (wir) hiermit - soweit für die Hilfestellung erforderlich - gegenüber dem Träger der Sozialhilfe von der ärztlichen Schweigepflicht!

Mir (Uns) ist bewusst, dass **unrichtige** oder **unvollständige Angaben** zu meinen (unseren) persönlichen Verhältnissen, die mit der Absicht getätigt wurden, mir (uns) **nicht zustehende Sozialhilfeleistungen** zu erlangen, den **Straftatbestand des Betrugs** gemäß § 263 des Strafgesetzbuchs (StGB) erfüllen und die unverzügliche Beteiligung der zuständigen Staatsanwaltschaft zur Folge haben.

Erklärungen zum Datenschutz

Ich (Wir) habe(n) die beigefügten Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und erkläre(n) mich (uns) mit der Verarbeitung der mich (uns) betreffenden personenbezogenen Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung) einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift antragstellende Person

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte, Partner/ in oder Lebensgefährtin/ in

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/ in