

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe (SGB XII)

Eingangsstempel:

für Name Hilfesuchende(r):

Folgende Hilfe wird beantragt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> Hilfe in anderen Lebenslagen | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege |
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Punkt XII unbedingt beachten und ausfüllen) | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten |

ausgegeben am:

Sonstige Hilfe, bitte gewünschte Hilfe angeben:

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage: Falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden!
 (Bei gesundheitlicher Notlage, Mehrbedarf wegen kostenaufwendigeren Ernährung, Krankenhilfe, werdenden Müttern, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, usw. ist haus- oder fachärztliches Zeugnis beizulegen, bei Schwangeren der Mutterpass)

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.

Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehnten Buch (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Die ergänzenden Datenschutzhinweise nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind Bestandteil dieses Antrages und zum Verbleib bei Ihren Unterlagen gedacht.

1. Persönliche Verhältnisse	Hilfesuchender	Ehegatte/ Lebenspartner (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)	Vater/ Personen- sorgeberechtigter bei ledigen Minderjährigen	Mutter/Personensorgeberechtigter bei ledigen Minderjährigen
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort/Kreis/Land				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status				
a) Visum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
a) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
c) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch.
a) seit wann verw., gesch., getr. lebend, verpartnert?				
b) wenn geschieden: Gericht, Datum u. Aktenzeichen d. Urteils				
aus wessen Verschulden? (wenn Scheidung vor 1.7.1977 erfolgte)				
Art der Unterhaltsregelung				
Wohnanschrift: (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)				

Telefon (freiwillige Angabe)			
Ausweispapiere: (Art und Nummer)			
(bei Vertriebenen) Ausstellungstag, Ausstellungs- behörde)			
Bescheinigung nach § 15 BVFG Ausstellungstag, -behörde			

2. Außer dem Hilfesuchenden und seinem Ehegatten/Lebenspartner leben noch im gemeinsamen Haushalt:

	1	2	3	4
Familienname ggfs.Geburtsname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufent- haltsrechtlicher Status				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Erwerbsstatus:				
a) Vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Teilzeiterwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Rentner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhe des Einkommens	EUR	EUR	EUR	EUR

3. Falls Kinder aufgeführt sind, deren Eltern nicht miteinander verheiratet, die geschieden bzw. getrennt lebend sind oder falls der Hilfesuchende selbst ein solches ist:

Familienname, Vorname des Kindes			
Familienname, Vorname des/der Unterhaltspflichtigen			
Wohnanschrift des/der Unterhaltspflichtigen			
Name und Anschrift des Vormunds, Pflegers, Betreuers			
Zuständiges Familiengericht			
Regelunterhalt pro Monat			
Datum u. Aktenzeichen des Vollstreckungstitels			
IN welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?			

4. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:

	1	2	3	4
Familienname, ggfs.Geburtsname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragssteller				

Wohnanschrift: PLZ, Ort, Straße, Nr.				
Beruf				
Arbeitgeber (Name, Anschrift)				
Höhe des Einkommens	EUR	EUR	EUR	EUR

5. Einkommensverhältnisse des/der Hilfesuchenden und seiner Angehörigen:

(Nachweise über Art und Höhe **sämtlicher** Einkünfte beifügen, z.B. Rentenmitteilung bzw. -bescheid, Bescheid des Arbeitsamtes, Wohngeldbescheid, Nachweis über Kindergeld und Kindergeldzuschlag, Übergabevertrag, Unterhalt, Nettoverdienstbescheinigung)

Art des Einkommens	Antragssteller(i n) EUR	Ehegatte/ Lebenspartne r EUR	sonst. Haushaltsangehörige			
			zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR	zu Nr. 3 EUR	zu Nr. 4 EUR
Altersruhegeld						
Rente wg. voller Erwerbsminderung						
Berufsunfähigkeitsrente						
Hinterbliebenenrente						
Unfallrente						
Betriebs-/Zusatzrente						
Landwirtschaftliche Altersrente						
Pension						
Arbeitslosengeld						
Unterhaltsgeld						
Eingliederungshilfe						
Kranken-/Verletztengeld						
Übergangsgeld						
Mutterschaftsgeld						
LAG-Unterhaltshilfe						
LAG-Entschädigungsrente						
Kindergeld						
Kindergeldzuschlag						
Wohngeld						
UVG-Leistung						
USG-Leistung						
BAföG-Leistung						
Arbeitseinkommen (netto)						
Einkommen selbstständige Arbeit						
Leibrente, Leibgeding						
Einkommen. a. Land- u. Forstwirtschaft						
Unterhaltsleistungen						
Miet-/Pachteinnahmen						
Zinsen aus Vermögen						
Pflegegeld nach PflegeVG						
betriebliche Zuwendungen						
Ausländische Rente						
Grundrente (BVG)						
Blindengeld						
Sonstige Einnahmen						

6. Arbeitsverhältnisse in den letzten 3 Jahren vor der Antragsstellung (falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden)

Art der Tätigkeit	Dauer		beschäftigt bei (Name und Anschrift)	Gründe für etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses	zuständige Krankenkasse
	von	bis			
Hilfesuchende(r)					
Ehegatte/Lebenspartner/ Vater/Mutter					

Wurde bei der Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	Stamm-Nr./BG-Nr.
--	---	------------------

7. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden:

Zugezogen am <input type="checkbox"/> alle Personen am			
<input type="checkbox"/> folgende Person(en) am:			
Wurde bereits Sozialhilfe SGB XII geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Sozialhilfeträger in _____ von _____ bis _____ Aktenzeichen: _____			
Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z.B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt)			
von-bis	in (Zeiten, Orte, ggf. mit Kreiszugehörigkeit, lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung	Übergangseinrichtung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenträger des letzten Aufenthalts in einer Einrichtung		Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung:	
Bei Übertritt aus dem Ausland <input type="checkbox"/> alle Personen <input type="checkbox"/> folgende Person(en):	Tag und Ort des Übertrittes		
	Familiename, Vorname		
	Tag und Ort des Übertritts		

8. Wohnverhältnisse des/der Hilfesuchenden:

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	Baujahr des Hauses:
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):		EUR		
davon Kaltmiete:		EUR		
davon Nebenkosten (ohne Heizkosten):		EUR		
Enthalten die oben genannten Beträge				
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		EUR
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		EUR
- Kosten für Schönheitsreparaturen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		EUR
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel? Falls ja: Zählen Sie den Fernsehempfang über Kabel zu Ihren persönlichen Bedürfnissen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		EUR

Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	EUR	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
---	-----	--	--	-------------------------------------

Zusätzliche besondere Hinweise/Angaben zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten:
--

8.1 Heizkosten:

Höhe der monatlichen Kosten:	EUR	Art der Beheizung	<input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> sonstige Art
Enthalten die oben genannten Beträge?			
- Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z.B. Gas)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR	
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: EUR	

8.2 Haus- / Wohnungseigentum:

Soweit Sie Haus- / Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! (Darlehenszinsen, Kapitaltilgungsraten, Grundsteuer, Müllabfuhrgebühren, Wasser-/Kanalgebühren, Straßenreinigungsgebühren, Schornsteinreinigungsgebühren, Haftpflicht- u. Feuerversicherung, sonst. Öffentliche Abgaben etc.)

9. Eheähnliche Verhältnisse:

Personen, die in eheähnlicher Gesellschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII).	
Lebt der/die Hilfesuchende in einer eheähnlichen Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Namen, Vornamen, Geb.-Datum des Partners der eheähnlichen Gemeinschaft angeben:	
Höhe des mtl. Einkommens:	EUR

10. Sonstiges:

Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse? Hilfesuchender ist krankenversichert als Familienversicherter bei	Monatsbeitrag	EUR
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner	
Derzeit Mitglied bei welcher Pflegekasse? Hilfesuchender ist pflegeversicherter als Familienversicherter bei	Monatsbeitrag	EUR
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner	
Beamtenrechtliche oder. vergleichbare Beihilfeansprüche bei		
Werden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet? Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Rentenversicherungsnummer:	
Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? (Sozialversicherungs-Nr. bitte angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. ist dieser dem Antrag beizufügen	
Mitglied einer Sterbegeldversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: ggfs. Höhe des Sterbegelds:	EUR
Mitglied einer Lebensversicherung? Höhe der Versicherungssumme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher	EUR fällig am:
Mitglied anderer Versicherungen? (z.B. Haftpflicht-, Hausrat-, Unfallversicherung usw.)	Art: Art: (Nachweise über die Höhe beifügen)	
Sind Sie Kriegsgeschädigte(r) oder -hinterbliebene(r)? Sind Sie Mutter/Vater eines gefallenen oder kriegsvermissten Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid vorlegen)	
Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?		
Fahrtkosten zum Arbeitsplatz (soweit zutreffend)	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich einfache Entfernung zum Arbeitsplatz:	EUR km
Sind Sie schwerbehindert? Wenn ja, Art und Grad der Behinderung Wurde bereits ein Schwerbehindertenausweis beantragt/ausgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid vorlegen)	
	GdB	% Merkzeichen „G“: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann beantragt bzw. wann erteilt:	
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bitte entsprechende Nachweise vorlegen!
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalles?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung (bitte Betreuerausweis vorlegen)?	Wenn ja, welche Person? Name und Anschrift des Betreuers	

11. Vermögenswerte:

a) des Hilfesuchenden	b) des Ehegatten/Lebenspartners - falls minderjährig beide -
Spar-, Bank- und Postsparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr.	Spar-, Bank- und Postsparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr.
EUR	EUR
Kreditinstitut, IBAN, BIC	Kreditinstitut, IBAN, BIC
EUR	EUR
Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR	Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR
Haus- und Grundbesitz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden:	Haus- und Grundbesitz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden:
Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege)	Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege)
Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei	Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei
Sonstige Vermögenswerte: (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Vermögenswerte: (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge usw.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug Typ: Baujahr: Kennzeichen:	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug Typ: Baujahr: Kennzeichen:
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus o. Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggfs. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:	
Wurden Verträge zugunsten Dritter - für den Erlebens- und oder Todesfall - abgeschlossen (ggfs. Nachweise vorlegen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

12. Nicht geklärte Ansprüche:

Glaubt der Hilfesuchende oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er/sie noch keine Leistungen erhält? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich
Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

13. Eingliederungshilfe (Bei Beantragung von Eingliederungshilfe unbedingt ausfüllen):

Form des betreuten Wohnens: <input type="checkbox"/> Therapeutische Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Betreutes Einzelwohnen
Folgende Unterlagen werden benötigt:
<ul style="list-style-type: none"> • Ausführliches Gutachten eines Facharztes. In diesem Gutachten soll die Erkrankung, die den Betreuungsbedarf begründet und der genaue Betreuungsbedarf auf den Einzelfall bezogen erläutert und bestätigt werden. • Aufnahmeanzeige und Therapieplan des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Kann der Therapieplan noch nicht erstellt werden, ist zunächst die Aufnahmeanzeige einzureichen. Der Therapieplan ist in diesem Fall innerhalb von 8 Wochen nach Therapiebeginn nachzureichen .
Falls Sie Eingliederungshilfe für ihr Kind (z.B. Schulgeld, Betreuungskosten) beantragen, werden folgende Unterlagen benötigt:
<ul style="list-style-type: none"> • Schulbesuchsbestätigung, Ärztliches Gutachten • Sonderpädagogisches Gutachten, Heilpädagogischer Behandlungsplan

14. Bankverbindung:

Girokonto des Hilfesuchenden:	
IBAN:	BIC:

15. Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten/Lebenspartners:

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 Sozialhilfverwaltung 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 werden und Erstattungs-

Ansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, 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 oder im Ausland, 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.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Ort, Datum	Unterschrift des Hilfesuchenden oder seines gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners

Bitte Anlagen zum Antrag beachten!

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

Postleitzahl, Ort:

**Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII);
hier: Erklärung über Vermögenswerte (bitte immer Nachweise in **Kopie** beifügen)**

Alle Felder sind auszufüllen und alle Beträge einzutragen. Der Vermerk „siehe Anlage“ genügt NICHT!

Zu meinen Vermögensverhältnissen erkläre ich folgendes:

1. Person

Leistungsberechtigte(r)

2. Person

nicht dauernd getr. lbd. Ehegatte **Lebenspartner**
 Partner in eheähnlicher Gemeinschaft

1a. Haben Sie Sparguthaben/Sparbücher?
(Sparbücher usw., aktuell nachgetragen in Kopie beifügen)

[] nein [] ja (Bankinstitut u. Kontonummer)

_____ Betrag _____ €

_____ Betrag _____ €

1a. Haben Sie Sparguthaben/Sparbücher?

[] nein [] ja (Bankinstitut u. Kontonummer)

_____ Betrag _____ €

_____ Betrag _____ €

1b. Haben Sie ein Bankkonto/Girokonto?

[] nein [] ja (Bankinstitut und Kontonummer)

**Kontostand immer angeben (auch Minusbeträge),
sowie Kontoauszüge der letzten 3 Monate in Kopie
beifügen!**

Bankinstitut/Kontonummer: Betrag:

_____ €

_____ €

1b. Haben Sie ein Bankkonto/Girokonto?

[] nein [] ja (Bankinstitut und Kontonummer)

**Kontostand immer angeben (auch Minusbeträge),
sowie Kontoauszüge der letzten 3 Monate in Kopie
beifügen!**

Bankinstitut/Kontonummer: Betrag:

_____ €

_____ €

2. Haben Sie Bargeld?

[] nein [] ja in Höhe von _____ €

2. Haben Sie Bargeld?

[] nein [] ja in Höhe von _____ €

3a. Haben Sie Haus-/Wohn- und/oder Grundbesitz?

[] nein [] ja

_____ Einheitswertbescheid, Grundbuchauszug usw. beifügen

3a. Haben Sie Haus-/Wohn- und/oder Grundbesitz?

[] nein [] ja

_____ Einheitswertbescheid, Grundbuchauszug usw. beifügen

**3b. Haben Sie Haus-/Wohn- und/oder Grundbesitz im
Ausland?**

[] nein [] ja

Falls ja, bitte Angaben über Wert, Lage und Größe des
Grundstücks sowie Einkünfte aus Miet-/Pachteinnahmen
auf Beiblatt vermerken!

**3b. Haben Sie Haus-/Wohn- und/oder Grundbesitz im
Ausland?**

[] nein [] ja

Falls ja, bitte Angaben über Wert, Lage und Größe des
Grundstücks sowie Einkünfte aus Miet-/Pachteinnahmen
auf Beiblatt vermerken!

**4. Haben Sie vertraglich gesicherte Ansprüche gegen
Dritte ?**

[] nein [] ja

(z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege,
Verköstigung, Taschengeld etc.)

_____ Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen

**4. Haben Sie vertraglich gesicherte Ansprüche gegen
Dritte?**

[] nein [] ja

(z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege,
Verköstigung, Taschengeld etc.)

_____ Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen

5. Besitzen Sie ein **Kraftfahrzeug (z. B. Auto, Kraftrad)**?
(Fahrzeugschein in Kopie beifügen)

nein ja

Marke: _____

Baujahr: _____

Km-Stand: _____

5. Besitzen Sie ein **Kraftfahrzeug (z. B. Auto, Kraftrad)**?
(Fahrzeugschein in Kopie beifügen)

nein ja

Marke: _____

Baujahr: _____

Km-Stand: _____

6. Haben sie einen **Bausparvertrag oder ähnliches**?

nein ja

bei: _____

aktueller Kontostand: _____ €
(Nachweise beifügen)

6. Haben sie einen **Bausparvertrag oder ähnliches**?

nein ja

bei: _____

aktueller Kontostand: _____ €
(Nachweise beifügen)

7. Besitzen Sie **Wertpapiere** (z. B. Aktien, Geschäftsanteile, Sparbriefe etc.)?

nein ja

im Wert von: _____ €

hinterlegt im Depot-Nr.: _____

bei: _____

7. Besitzen Sie **Wertpapiere** (z. B. Aktien, Geschäftsanteile, Sparbriefe etc.)?

nein ja

im Wert von: _____ €

hinterlegt im Depot-Nr.: _____

bei: _____

8. Besitzen Sie eine **Lebens-/Sterbegeldversicherung, staatlich gefördertes Altersvorsorgevermögen (z. B. Riesterrente usw.)**?

nein ja

Nr.: _____

bei: _____

aktueller Rückkaufswert: _____ €
(Nachweise beifügen)

8. Besitzen Sie eine **Lebens-/Sterbegeldversicherung, staatlich gefördertes Altersvorsorgevermögen (z. B. Riesterrente usw.)**?

nein ja

Nr.: _____

bei: _____

aktueller Rückkaufswert: _____ €
(Nachweise beifügen)

9. Haben Sie **Pacht und/oder Mieteinnahmen**?

nein ja

In Höhe von: _____ €
(Nachweise beifügen)

9. Haben Sie **Pacht und/oder Mieteinnahmen**?

nein ja

In Höhe von: _____ €
(Nachweise beifügen)

10. Besitzen Sie **sonstiges Vermögen** (z. B. Antiquitäten, Kunstgegenstände, Schmuck usw.)?

nein ja

Art: _____

10. Besitzen Sie **sonstiges Vermögen** (z. B. Antiquitäten, Kunstgegenstände, Schmuck usw.)?

nein ja

Art: _____

11. Wurden in den letzten **10 Jahren Vermögenswerte** (z. B. **Haus und/oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere** usw.) veräußert, übergeben, verschenkt oder wurde auf vertragliche Ansprüche verzichtet?

nein ja Gegebenenfalls Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:

(Nachweise vorlegen)

12. Wurden **Verträge zugunsten Dritter** - für den Erlebens- und/oder Todesfall - abgeschlossen?

nein ja (ggfs. Nachweise, wie Notarverträge, Versicherungen usw. beifügen)

(Nachweise vorlegen)

Ich/Wir versichere/versichern ausdrücklich, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts Wesentliches verschwiegen wurde.

Mir/Uns ist bekannt, dass unvollständige oder falsche Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Vorlage von Kontoauszügen:

Eine Anforderung von Kontounterlagen für einen Zeitraum von 3 Monaten ist nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19.09.2008, Az: B 14 AS 45/07 R) möglich und zulässig. In begründeten Ausnahmefällen können die Bankbelege über 3 Monate hinaus angefordert werden.

Nach der Rechtsprechung besteht die Möglichkeit den **Empfänger von Zahlungen** bzw. den **Verwendungszweck** zu schwärzen, wenn daraus personenbezogene Daten über die ethnische Herkunft, politische Meinungen oder Parteizugehörigkeit, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder sexuelle Orientierung zu erkennen sind. Überwiesene **Beträge** müssen der Höhe nach erkennbar bleiben.

Ergänzende Datenschutzhinweise nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Seit dem 25. Mai 2018 gilt mit der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein neuer Rechtsrahmen für den Datenschutz in Deutschland und in der Europäischen Union. Sowohl die neue DSGVO als auch insbesondere das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) enthalten Vorschriften zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern.

Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

Soweit es für die Entscheidung über die Gewährung von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; vgl. Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c und e und Art. 4 Nr. 2 DSGVO, § 60 SGB I, §§ 67 ff. SGB X, §§ 117 bis 129 SGB XII, Sozialhilfedatenabgleichsverordnung (SozhiDAV), § 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1b und § 93b Abgabenordnung (AO)).

1. Erhebung von Daten bei betroffenen Personen (Antragsteller, Partner, minderjährige Kinder im Haushalt)

Die Angaben im Sozialhilfeantrag sind mit entsprechenden Nachweisen zu belegen. Werden Kontoauszüge angefordert und/oder vorgelegt, dürfen Verwendungszweck bzw. Empfänger einer Überweisung – nicht aber deren Höhe – geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten im Sinne des Art. 9 DSGVO handelt (Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit, Sexualleben oder der sexuellen Orientierung).

2. Erhebung und Übermittlung von Daten bei Dritten bzw. an Dritte

Personenbezogene Daten können zur Erhebung oder Überprüfung von Daten den folgenden Personen oder Stellen übermittelt werden:

- Angehörigen einer Haushaltsgemeinschaft zur Prüfung, ob und inwieweit die Vermutung einer Bedarfsdeckung gemäß § 39 SGB XII greift (§ 117 Abs. 1 Satz 3 SGB XII)
- Unterhaltspflichtigen, Kostenersatzpflichtigen, anderen Stellen (z. B. Banken, Sozialleistungsträger) und Personen zur Prüfung, ob vorrangige Ansprüche oder Guthaben bestehen oder Leistungen erbracht werden, die geeignet sind, die Sozialhilfeleistungen auszuschließen oder zu reduzieren (§ 117 Abs. 1 bis 3 SGB XII),
- Arbeitgebern zur Überprüfung von Einkommen, insbesondere des/der Leistungsberechtigten, Unterhaltspflichtigen oder Kostenersatzpflichtigen (§ 117 Abs. 4 SGB XII)
- anderen Stellen (z. B. Agentur für Arbeit, Jobcenter) oder Personen i. S. von § 12 SGB I, § 35 SGB I oder § 69 Abs. 2 SGB X wenn die Erhebung beim Betroffenen einen zu hohen Aufwand verursachen würde, eine Rechtsvorschrift die Erhebung zulässt oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreibt oder die Aufgaben nach dem SGB die Erhebung erforderlich machen
- Finanzämtern, soweit es erforderlich ist, um Auskunft über die dort bekannten Einkommens- und Vermögensverhältnisse zu erhalten (§ 117 Abs. 1 Satz 4 SGB XII, § 21 Abs. 4 SGB X)
- Bundeszentralamt für Steuern im Rahmen eines Kontenabrufs, wenn dieser erforderlich, um Konten festzustellen (§ 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 b und § 93b AO)
- Datenstelle der Rentenversicherung im Rahmen des automatisierten Datenabgleichs (§ 118 Abs. 1 und 2 SGB XII, Sozialhilfedatenabgleichsverordnung)
- Gemeinden und andere Stellen innerhalb des Landratsamtes (z. B. Jugendamt, Zulassungsstelle) um Daten zu überprüfen (§ 118 Abs. 4 SGB XII)
- in den §§ 67e bis 75 SGB X genannten Stellen für die dort bestimmten Zwecke
- Schulen, Kindertagesstätten, Anbieter von Leistungen für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung, Teilhabeleistungen und Lernförderung im Rahmen der Abrechnung der Leistungen mit dem Sozialamt bzw. durch Direktzahlung der Leistung (§ 34a SGB XII)
- Geldinstituten für Banküberweisungen an Zahlungsempfänger
- Statistischen Landesämtern und dem Bundesamt für Statistik und Datenverarbeitung für statistische Zwecke (§§ 121 ff. SGB XII)

3. Löschung Ihrer personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden gelöscht, wenn sie für die Bearbeitung im Rahmen des SGB

XII nicht mehr benötigt werden und rechtliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind (nach 10 Jahren). Innerhalb der vorstehend genannten Fristen besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO. Daten, die im Rahmen des Sozialhilfedatenabgleichs zur Verfügung gestellt werden, sind unverzüglich nach erfolgter Überprüfung zu löschen, wenn keine Abweichung festgestellt wurde (§ 118 SGB XII).

4. **Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf einer Einwilligung; Beschwerde**

Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten Sie beim Landratsamt Amberg-Sulzbach – Sozialamt. Sie können auch den Datenschutzbeauftragten zu Rate ziehen. Auf Wunsch wird Ihnen ein Auszug zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zur Verfügung gestellt. Sollten die zu Ihrer Person gespeicherten Daten fehlerhaft oder unvollständig sind, können Sie jederzeit die unverzügliche **Berichtigung** oder Vervollständigung dieser Daten verlangen.

Unter den Voraussetzungen des Art. 18 DSGVO in Verbindung mit § 84 Abs. 3 SGB X können Sie eine **Einschränkung der Verarbeitung** Ihrer Daten verlangen (z. B. wenn das Sozialamt die Daten nicht mehr länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und eine Löschung der Daten Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigen würde).

Im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII besteht kein **Recht auf Datenübertragbarkeit** nach Art. 20 DSGVO, da die Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Art. 20 Abs. 3 DSGVO). Es besteht auch kein Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO, da sozialhilferechtlichen Vorschriften die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vorsehen (vgl. § 84 Abs. 5 SGB X).

Sollten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen **Einwilligung** verarbeitet (d. h. insbesondere erhoben) worden sein, können Sie diese Einwilligung jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerrufen. Dadurch wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf berührt.

Sollten Sie mit den Auskünften des Sozialamtes bzw. mit der vom Sozialamt vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer **Beschwerde** an den Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde wenden.

5. **Kontaktdaten/ Adressen**

- Verantwortlicher:

Landratsamt Amberg-Sulzbach, Schloßgraben 3, 92224 Amberg, Tel.: +49 9621 39-0, E-Mail: poststelle@amberg-sulzbach.de

- (behördlicher) Datenschutzbeauftragter:

Datenschutzbeauftragter beim Landratsamt Amberg-Sulzbach, Schloßgraben 3, 92224 Amberg, Tel.: +49 9621 39-205, E-Mail: datenschutzbeauftragter@amberg-sulzbach.de

- Landesdatenschutzbeauftragter:

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD)
Wagmüllerstr. 18, 80538 München
Tel.: 089/212672-0
E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de