



Die Streichung einzelner Positionen ist nicht zulässig. Vielmehr sind nicht zutreffende Felder mit einem „nein“ kenntlich zu machen.

A n t r a g

auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel (§ 61 ff. SGB XII)

Welche Leistung(en) wird benötigt?	
Ich beantrage die Übernahme der ungedeckten Kosten für die ambulante Pflege	
<input type="checkbox"/> pflegerische Hilfe durch einen Pflegedienst	ab
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Hilfe durch eine private Haushaltshilfe	ab
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Hilfe durch einen Pflegedienst	ab
<input type="checkbox"/> einen Hausnotrufanschluss (z.B. bei Sturzgefahr)	ab
<input type="checkbox"/> Mittagsverpflegung (Essen auf Rädern)	ab

1. Angaben zur Person	
	Antragsteller*in
Nachname:	
Geburtsname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Anzahl der Kinder:	
Staatsangehörigkeit:	
Beruf:	
aktueller Wohnort (Bitte vollständige Adresse angeben!)	_____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person oder <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung
Vorname/ Name Straße/ Nr. PLZ/ Wohnort Tel. (Angabe ist freiwillig!)	_____ _____ _____ _____
Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grad: _____
Merkzeichen G oder aG?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Beleg bitte beifügen!)

Familienstand?

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____
<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____
<input type="checkbox"/> eheähnl. Gemeinschaft seit _____	<input type="checkbox"/> geschieden am _____

Sofern Sie geschieden sind, bitte ich um Mitteilung, ob eine Unterhaltsregelung bzw. Regelung zum Versorgungsausgleich getroffen wurde, ggfs. in welcher Höhe. (Scheidungsurteil und entspr. Ausgleichsregelungen bitte beifügen!)

Name und Anschrift des geschiedenen Ehepartners*

2. Angaben zur Partnerin* bzw. zum Partner*

Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit der in einer eheähnlichen Gemeinschaft gelebt wird	
Nachname:	
Geburtsname:	
Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Anzahl der Kinder:	
Staatsangehörigkeit:	
Beruf:	
aktueller Wohnort: (Bitte vollständige Adresse angeben!)	_____ _____ _____
Vorname/ Name Straße/ Nr. PLZ/ Wohnort Tel. (Angabe ist freiwillig!)	<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person oder <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung _____ _____ _____
Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ % (Beleg bitte beifügen!)

3. Angaben über Eltern und Kinder des Antragstellers/ der Antragstellerin

	1. Angehörige/r	2. Angehörige r	3. Angehörige/r
Name, ggf. Geburtsname:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Familienstand:			
Straße/ Hausnummer:			
Postleitzahl/ Wohnort:			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller:			
Beruf/ Position:			
Einkommen über 100.000 € brutto?			

(Bei mehr als drei Angehörigen bitte ein zusätzliches Blatt verwenden!)

4. Angaben über die Unterkunftskosten bis zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung (Belege, wie z.B. den Mietvertrag, beifügen!

	Hilfesuchende*r sowie Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit der in einer eheähnlichen Gemeinschaft gelebt wird
monatliche Kaltmiete:	
Heizkosten:	
Nebenkosten:	
Mietkaution:	
Wohnungsgröße:	
Anzahl der Bewohner:	
Sind Sie mit dem Vermieter verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Verwandtschaftsverhältnis?) _____

Hinweis:

Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum vor Heimaufnahme selbst bewohnt haben, ist eine Berechnung über die Kosten/ Belastungen vorzulegen. Hierzu ist ggf. die **Anlage 1** „Ermittlung der eigenen Unterkunftskosten bei Wohneigentum“ auszufüllen.

5. Angaben zur Pflege- und Krankenversicherung (Belege beifügen!)

Name der Versicherung:	
Anschrift der Versicherung:	
Krankenversicherungsnummer:	
Derzeit krankenversichert als?	
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> privat versichert
<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied
Pflegeversicherungsleistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad bereits festgestellt (auch in der häuslichen Pflege)?	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	

Nur auszufüllen bei Ansprüchen auf Beihilfeleistungen nach den Vorschriften des öffentlichen Rechtes

Beihilfestelle:	
vollständige Anschrift der Beihilfestelle:	_____ _____ _____
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Beihilfeleistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Angaben zu Einkommensverhältnissen – § 82 SGB XII (Belege beifügen!)		
	Hilfesuchende*r	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Altersrente		
Witwenrente		
Erwerbsunfähigkeitsrente		
Zusatzrente		
Betriebsrente		
Unfallrente		
landwirtschaftliche Altersrente		
Unterhaltshilfe		
Miet-/ Pachteinnahmen		
Leibrente		
Wohngeld (Mietzuschuss)		
Leistungen Versorgungsamt _____		
<input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente <input type="checkbox"/> Berufs-/ Schadensausgleich		
Sonstige Leistungen <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II Leistungen <input type="checkbox"/> Grundsicherungsleistungen <input type="checkbox"/> _____	Zeitraum: Leistungsträger:	Zeitraum: Leistungsträger:
Ausländische Renteneinkünfte bzw. Rentenansprüche:		
Sonstige Einkünfte:		

Gab es bei Ihnen oder Ihrem Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher Sie in einer eheähnlicher Gemeinschaft leben Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland?

ja nein

(Wenn ja, bitte ich Sie gesondert entsprechende Angaben zu machen bzgl. des dortigen Wohnortes und der Erwerbstätigkeit, insbesondere im Hinblick auf die Zeit der Erwerbstätigkeit)

7. Absetzungsfähige Ausgaben – § 82 SGB XII (Belege beifügen!)		
	Hilfesuchende*r	Ehepartner*in bzw. Partner*in, welche in eheähnlicher Gemeinschaft leben
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		

8. Angaben zu Vermögensverhältnisse – § 90 SGB XII (Belege beifügen!)				
Vermögenswerte der antragstellenden Person und des nicht getrennt lebenden Partners* bzw. Partnerin*	IBAN-/ Vertragsnr.	Institut	Stichtag (Datum)	Betrag
Girokonto:				
Girokonto :				
Sparbuch:				
Sparbuch:				
Aktien/ Wertpapier:				
Bausparvertrag:				
Festgeld/ Sparbrief:				
Geschäftsanteile:				
Lebensversicherung:				
Sterbegeldversicherung:				
Bestattungsvorsorgevertrag:				
Forderungen gegenüber Dritten:				
materielle oder immaterielle Vermögenswerte im Ausland:				
Sonstiges Vermögen:				

Summe: _____

Hauseigentum (nicht selbst bewohnt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in _____
sonstige Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in _____

Sind Sie oder Ihr*e Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher Sie in einer eheähnlichen Gemeinschaft leben, Halter eines Kraftfahrzeuges?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Kfz-Scheine beifügen)	wenn ja, amtliches Kennzeichen:
Hersteller:	
Modell:	
Erstzulassung:	
Kilometerstand:	
Verkaufswert (ggfs. geschätzt):	

**9. Angaben über privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten
(Belege beifügen!)**

Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen veräußert, übertragen, verliehen und/ oder verschenkt?

Nein Ja (Bitte Kaufvertrag, Überlassungsvertrag, etc. beifügen!)

Art des Vermögens:	übertragen/ verschenkt/ verliehen an:	Datum:	Wert:
Hausgrundstück:			
Grundvermögen:			
Geldvermögen:			
Sachvermögen:			
Versicherungen:			

Besitzen Sie Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen? Haben Sie vertragliche Ansprüche besessen bzw. gelöscht oder aufgegeben?

Art des Anspruches:	Anspruchsschuldner:
Wohnrecht:	
Nießbrauchrecht:	
Altenteil:	
Hege und Pflege:	
Leibrente:	
Bestattungskosten:	

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Überlassungsvertrag, etc. beifügen!)
-------------------------------	---

Besitzen Sie Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)
-------------------------------	---

	Anspruchsschuldner:
Wenn ja, gegenüber wem?	
Anschrift:	
Aus welchem Grund?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Haben Sie in den letzten 10 Jahren geerbt? Haben Sie eine Erbschaft erhalten?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)
-------------------------------	---

Art der Erbschaft:	Erläuterung:
Barvermögen:	
Grundvermögen:	
Gegenstände/ Sammlungen:	
Ansprüche:	

Wurden Sie in den letzten 3 Jahren enterbt?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)
-------------------------------	---

Wenn ja, haben Sie Ihren Pflichtteilsanspruch geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)
-------------------------------	---

Wie haben Sie für Ihre Bestattung vorgesorgt?

Bestattungsvorsorgevertrag mit Bestatter abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)
Sterbegeldversicherung/ Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechende Nachweise beifügen!)

10. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass der Kreis Dithmarschen, Fachdienst Soziale Teilhabe – Hilfe zur Pflege – in diesem Verfahren nach dem SGB XII die für die Entscheidung erforderlichen Befundberichte und ärztliche Untersuchungen bezieht, die im Zusammenhang bzw. während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen (z.B. MDK-Gutachten oder ärztliche Stellungnahmen) angefordert werden. Insoweit entbinde ich die vom Kreis Dithmarschen, Fachdienst Soziale Teilhabe – Hilfe zur Pflege – ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörde, Sparkassen, Banken und sonstige Finanzinstitute (z. B. Bundeszentralamt für Steuern), Versicherungsgesellschaften, Sozialleistungsträger und Finanzämter, Gerichte, gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Gelesen, genehmigt und unterschrieben:

Ort, Datum

(Ihre) Unterschrift bzw. ggf.
Unterschrift der bevollmächtigten Person bzw. der
gesetzlichen Betreuung

11. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und Datenschutz

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erbeten.

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist der Kreis Dithmarschen, Fachdienst Soziale Teilhabe – Hilfe zur Pflege – auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Diese Mitwirkungspflichten des Antragstellers/ der Antragstellerin sind zudem in den §§ 60 bis 67 SGB I gesetzlich festgelegt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Eine Schwärzung der Verwendungszwecke auf Kontoauszügen darf in folgendem Umfang erfolgen:

- einmalige Auszahlungen unter einem Wert von 50,00 EUR (Betrag muss sichtbar bleiben), die nicht leistungsrelevant sind (z. B. Einkäufe)
- Haben-Buchungen/ Einnahmen dürfen in keinem Fall geschwärzt werden

Außerdem hat der Antragsteller/ die Antragstellerin auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: der Kreis Dithmarschen, Fachdienst Soziale Teilhabe – Hilfe zur Pflege –) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z. B. Krankenkassen, Gutachter, andere Leistungsträger, etc.) zuzustimmen. Eine Übermittlung von Sozialdaten ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt gewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen – z. B. an andere Sozialhilfeträger oder an externe ärztliche Gutachter übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, dass ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialhilfeträger führen kann.

Ich versichere hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgeblich sind – insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert der zu bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass der Sozialhilfeträger die Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise entziehen oder versagen kann, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme. Dies gilt auch dann, wenn ich in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwere (§ 66 SGB I).

Ich wurde darauf hingewiesen, dass der Fachdienst Soziale Teilhabe nach § 118 SGB XII berechtigt ist, meine Daten mit anderen Behörden (z. B. Sozialleistungsträger, Finanzamt, Kfz-Zulassung) automatisch abzugleichen. So hat er auch die Möglichkeit, beim Bundeszentralamt für Steuern die Höhe meiner Kapitalerträge (Zinsen aus Sparguthaben, Bausparverträgen, Lebensversicherungen und sonstigen Vermögensanlagen) abzufragen, ebenso wie ein Kontenabrufersuchen gem. § 93 i. V. m. § 93b Abgabenordnung in Auftrag zu geben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle im Zusammenhang mit der Gewährung von Sozialhilfeleistungen erforderlichen Auskünfte, insbesondere über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse, durch das Sozialamt des Kreises Dithmarschen gem. § 117 SGB XII

eingeholt werden. Dies gilt für alle in Betracht kommenden Stellen, insbesondere für alle Behörden, Sparkassen, Banken und sonstige Finanzinstitute, Versicherungs-gesellschaften, Sozialleistungsträger und Finanzämter.

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen zu Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen benötigt. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1e DSGVO in Verbindung mit §§ 67 ff Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt auf der gleichen Grundlage. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Der gesetzliche Datenschutz ist gewährleistet.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben - es sei denn, dies ist zum Zwecke der Vertragsabwicklung bzw. Abrechnung zwingend erforderlich. Natürlich haben Sie das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen oder aber, wenn die Speicherung aus sonstigen gesetzlichen Gründen unzulässig ist, werden die personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung. Auskunft über die gespeicherten Daten erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Sachbearbeiter des Kreises Dithmarschen.

In Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des Kreises Dithmarschen, Stettiner Straße 30, 25746 Heide oder an das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstr. 98, 21403 Kiel als Aufsichtsbehörde.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass meine dem Datenschutz unterliegenden Unterlagen und Angaben vom Fachdienst Soziale Teilhabe ggf. zur Geltendmachung von Ansprüchen im erforderlichen Maße an die zuständigen Stellen/ eventuell unterhaltspflichtige Angehörige weitergeleitet werden. Außerdem bevollmächtige ich den Fachdienst Soziale Teilhabe zur Einsichtnahme in die über mich bei anderen Sozialhilfeträgern geführten Vorgänge.

Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache (Betrug gem. § 263 Strafgesetzbuch) und das ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

Gelesen, genehmigt und unterschrieben:

Ort, Datum

(Ihre) Unterschrift bzw. ggf.
Unterschrift der bevollmächtigten Person bzw. der
gesetzlichen Betreuung

Kreis Dithmarschen
Fachdienst Soziale Teilhabe
Hilfe zur Pflege
 Stettiner Str. 30
 25746 Heide

**Anlage zum Leistungsantrag
 zur Ermittlung der eigenen Unterkunftskosten bei Wohneigentum**

Angaben zur antragstellenden Person

Antragstellende Person: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zum Wohneigentum

Art des Objekts:

Lage des Objekts:

Bitte ankreuzen!	Adresse (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.) angeben!
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus (freistehend)	
<input type="checkbox"/> Reihenhaus	
<input type="checkbox"/> Doppelhaushälfte/ Reihenendhaus	
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	
<input type="checkbox"/> Haus mit Einliegerwohnung	
<input type="checkbox"/> Haus mit Erbbaurecht	
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	
<input type="checkbox"/> Dauerwohnrechte	
<input type="checkbox"/> ausländischer Grundbesitz	
<input type="checkbox"/> Ferienwohnungen	
<input type="checkbox"/> Grundbesitz (Ländereien/ Ackerflächen/ Waldflächen)	

Angaben zur Eigentümerin* bzw. zum Eigentümer*

Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Eigentumsverhältnis:	

Angaben zur Wohnfläche

Nutzung Wohnfläche	Angabe der Quadratmeter
eigen genutzte Wohn- und Nutzfläche	m ²
vermietete Wohn- und Nutzfläche	m ²
	m ²
Wohn- und Nutzfläche gesamt:	m ²

Angaben zur Grundstücksfläche

Grundbesitz	Angabe der Quadratmeter
Grundstücksgröße	m ² ha
Größe der Ländereien	m ² ha
Ackerflächen	m ² ha
Waldflächen	m ² ha
Wohn- und Nutzfläche gesamt:	m ² ha

Weitere nähere Angaben zum Wohneigentum

Nähere Angaben zum Wohneigentum	
Baujahr des Hauses:	
Zustand des Hauses:	<input type="checkbox"/> gut
	<input type="checkbox"/> mittel
	<input type="checkbox"/> schlecht
	Begründung:
Verkehrswert (sofern bekannt)	

Anzahl der Zimmer

Art der Nutzung	Anzahl Erdgeschoss/Obergeschoss	jeweilige Größe in m ² Erdgeschoss/Obergeschoss
Schlafzimmer	/	/
Kinderzimmer	/	/
Wohnzimmer	/	/
Esszimmer	/	/
Küche	/	/
Badezimmer	/	/
Gäste WC	/	/
Flur	/	/
Hauswirtschaftsraum	/	/
Arbeitszimmer	/	/
Wintergarten	/	/
Gesamt		

Weitere Ausstattung

Dachboden ausgebaut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit einer Größe in m² von :
Keller ausgebaut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit einer Größe in m² von :
Sonstiges (z.B. Fitnessraum, Sauna, Schwimmbad/ Pool, Garage, Gartenhaus etc.):	

Auf dem Wohneigentum sind noch folgende Belastungen (Schulden)

Beteiligtes Kreditinstitut	aufgenommene Darlehens-/Kreditsumme in €	Zinssatz in %	Tilgungsrate in €	offene Restsumme

Erhaltungsaufwand für das Haus/die Wohnung

durchgeführte Maßnahme	beauftragte Firma	durchgeführt am	Kosten

Die monatlichen Hauslasten stellen sich wie folgt dar

Kosten	Betrag (monatlich)
Zinsen	
Kosten für Wasser	
Kosten für Abwasser	
Kosten für Grundsteuer	
Kosten für Schornsteinfeger	
Kosten für Gebäudeversicherung	
Kosten für Müllabfuhr	
Sonstiges	
Gesamtkosten	
tatsächlicher Erhaltungsaufwand	
Gesamtkosten	

Sonstiges:

Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache (Betrug gem. § 263 Strafgesetzbuch) und das ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

Gelesen, genehmigt und unterschrieben:

Datum

(Ihre) Unterschrift

Datum

Unterschrift der Eigentümerin* bzw. des Eigentümers*

Alle Angaben sind durch Vorlage entsprechender Belege (wie z.B. Darlehensnachweise, Abrechnungen, Rechnungen, etc.) nachzuweisen.

Name, Vorname, Geburtsdatum des Antragstellers/ der Antragstellerin
--

**Anlage zum Leistungsantrag
zur Ermittlung der Unterkunftskosten **bei Miete****

Für die Wohnung/das Haus in

_____ (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)

monatliche Kaltmiete:	
Heizkosten:	
Nebenkosten:	
Sonstiges:	
Wohnungsgröße:	qm Zimmer
Anzahl der Bewohner:	
untervermietete Räume:	
Sind Sie mit dem Vermieter verwandt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Verwandtschaftsverhältnis?)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig sind.

_____, den _____

Unterschrift
(Vor- und Zuname der*des
Vermieters*Vermieterin)

BANK - b z w. S P A R K A S S E N B E S C H E I N I G U N G

Geldinstitut: _____

Kundschaft: _____

wohnhaft in _____

1. Die vorgenannte(n) Person(en) unterhält/ unterhalten hier nachstehende Konten, die zum Stichtag _____ folgende Stände aufweisen:

	Konto-Nummer	Zinsen aus Vorjahr	Kontostand
Girokonto-Nr.:		Euro	Euro
Sparkonto-Nr.:		Euro	Euro
		Euro	Euro
		Euro	Euro

Folgende Konten wurden innerhalb der letzten **6 Monate aufgelöst oder übertragen** (bitte Kontonummer und letztes Guthaben angeben):

	Zinsen aus Vorjahr	Kontostand
	Euro	Euro
	Euro	Euro

2. Es besteht ein Wertpapierdepot, in dem nachfolgende Wertpapiere (Nummer, Laufzeit und Zinssatz angeben) verwaltet werden:

	Zinsen aus Vorjahr	Kontostand
	Euro	Euro

Es besteht **kein** Wertpapierdepot.

3. Es wurde Festgeld mit einem Betrag von _____ Euro zu einem Zinssatz von _____ % für die Zeit vom _____ bis _____ angelegt.

Es wurde **kein** Festgeld angelegt.

4. Es wurden folgende Lebens-/ Sterbegeldversicherung über unser Institut abgeschlossen:

Lebens/Sterbeversicherung	Versicherungsgesellschaft	Vertragsabschluss am

 Datum, Stempel der Bank/Sparkasse

 Unterschrift

Kostenvoranschlag für den Sozialhilfeträger (SGB XII)

Anlage 4

Name der zu pflegenden Person: _____

Leistungskomplexe		Anzahl der Leistungen (je LK nur ein Eintrag)			Anzahl der Leistungen mtl. insgesamt	Punkte*	Gesamtpunkt- zahl mtl.
		tägl.	wöchentl.	monatl.			
Nr.	Beschreibung						
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette (mit Hilfe beim Aufstehen)					270	
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette (ohne Hilfe beim Aufstehen)					230	
3	Große Morgen-/Abendtoilette (mit Hilfe beim Aufstehen)					440	
4	Große Morgen-/Abendtoilette (ohne Hilfe beim Aufstehen)					380	
5	Lagern/ Betten					110	
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme					270	
6a	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme einer Zwischenmahlzeit					100	
7	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)					200	
8	Darm- und Blasenentleerung					120	
8a	Darm- und Blasenentleerung (kleine Hilfe)					60	
9	Hilfestellung beim Verlassen u. Wiederaufsuchen der Wohnung					120	
10	Begleitung bei Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich ist (z.B. Arztbesuche)					600	
12	Reinigung der Wohnung (max. 6 x wöchentlich)					100 pro Tag	
13	Wechseln u. Waschen der Wäsche u. Kleidung (max. 6 x wöchentlich)					50 pro Tag	
13a	Wechseln der Bettwäsche					55	
14	Einkaufen (max. 6 x wöchentlich)					60 pro Tag	
15	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen					270 pro Tag	
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit (1. Einsatz)					80	
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit (2. Einsatz)					70	
16	Zubereitung e. s. Mahlzeit (3. Einsatz bei Essen auf Rädern)					60	
18	Erstbesuch (vor Aufnahme der Pflege)					400	
Monatliche Gesamtpunktzahl:							

Einsatzpauschale für An- und Abfahrt (max. 2 x täglich)	<input type="checkbox"/> 1 x täglich	<input type="checkbox"/> k täglich	Preis:	€
---	--------------------------------------	------------------------------------	--------	---

* An Sonn- und Feiertagen, sowie in der Nacht von 22.00 - 6.00 Uhr kann ein 10%iger Zuschlag erhoben werden.

Bitte ankreuzen:

- nicht organisierter Anbieter: _____ Punktwert
- organisierter Anbieter: _____ Punktwert

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des Pflegedienstes

**Anlage zum Leistungsantrag
zur Ermittlung des hauswirtschaftlichen Bedarfes
(Haushaltshilfe)**

Antragstellende Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
--	--------------

1. Für welche hauswirtschaftlichen Verrichtungen wird Hilfe benötigt?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Geschirrspülen | <input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Waschen der Wäsche u. Kleidung | <input type="checkbox"/> Wechseln der Wäsche/ Bettwäsche |
| <input type="checkbox"/> Beheizen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

2. Wer führt die hauswirtschaftliche Versorgung durch? (Name, Anschrift)

3. Welchen Zeitaufwand erfordern die zu erledigenden hauswirtschaftlichen Verrichtungen?

wöchentlich _____ Stunden

4. Welche Vorstellung bezüglich des Stundenlohnes besteht?

_____ Euro

(Ihre) Unterschrift

Unterschrift der Haushaltshilfe



Erklärung zur Verwendung des Entlastungsbetrages

KREIS DITHMARSCHEN

Name		Geburtsdatum	
Anschrift		Telefon	
Aktenzeichen		Pflegegrad	
Gutachten durch		vom	

 Ich nutze den Entlastungsbetrag der Pflegekasse derzeit nicht.

Ort und Datum	Unterschrift Antragssteller
---------------	-----------------------------

 Leistungen der häuslichen Pflege (z.B. Duschen, Hilfe beim Toilettengang)

Anbieter		Telefon	
Anschrift			
Angebotsbeschreibung			
Ø Monatsaufwendungen		€	

 Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung (z. B. Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Einkauf)

Anbieter		Telefon	
Anschrift			
Angebotsbeschreibung			
Ø Monatsaufwendungen		€	

 Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Begleitung bei Spaziergängen, Gesellschaftsspiele, Behördengänge)

Anbieter		Telefon	
Anschrift			
Angebotsbeschreibung			
Ø Monatsaufwendungen		€	

 Angebote der Tages- und Nachtpflege

Anbieter		Telefonnummer	
Anschrift			
Angebotsbeschreibung			
Ø Monatsaufwendungen		€	

Ort und Datum	Unterschrift Anbieter
---------------	-----------------------

Name, Vorname, Geburtsdatum der
antragstellenden Person

M E R K B L A T T

1. Beginn der Leistungsgewährung/ Schuldenübernahme

Die Sozialhilfe setzt im Allgemeinen mit dem Tag des Bekanntwerdens der Notlage beim Sozialhilfeträger oder bei den von ihm beauftragten Stellen ein, wenn die Voraussetzungen zur Gewährung der Hilfe von diesem Zeitpunkt an vorliegen (§ 18 des Sozialgesetzbuch XII - SGB XII).

Die Leistungen der Sozialhilfe dienen der Abwendung einer gegenwärtigen Notlage und haben keine Schadensausgleichsfunktion. Sie werden daher im Allgemeinen nicht rückwirkend, d. h. nicht vor dem Zeitpunkt der Kenntnis der Notlage gewährt.

Die Sozialhilfe kann ihren Zweck nicht mehr erfüllen, wenn der Leistungsberechtigte verstorben ist. Der Anspruch ist, selbst wenn er vor dem Tode des Leistungsberechtigten rechtskräftig war, nur in Ausnahmefällen vererblich (z. B. wenn die Bewilligung einer Leistung wegen säumigen Verhaltens des Sozialhilfeträgers nicht rechtzeitig erfolgt).

Die Übernahme von Schulden ist nicht Aufgabe der Sozialhilfe. Anträge auf Übernahme eingegangener Zahlungsverpflichtungen können ebenso wenig berücksichtigt werden wie Anträge auf Erstattung bereits bezahlter Auslagen oder Aufwendungen.

2. Selbstverpflichtung und Nachrangprinzip der Sozialhilfe/ Hilfestellung als Darlehen

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält (§ 2 SGB XII).

Jeder Hilfesuchende ist somit verpflichtet, die Sozialhilfe so gering wie möglich zu halten und bei der Beseitigung der Notlage nach besten Kräften mitzuwirken.

Leistungen der Sozialhilfe sind nach § 2 SGB XII grundsätzlich nachrangig, so dass bei Vorliegen der Hilfebedürftigkeit nur die ungedeckten Kosten z.B. der Pflege übernommen werden.

Vorrangige Ansprüche (z. B. Renten, Kindergeld, Unterhalt, zivilrechtliche Ansprüche wie z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Leibrente, Schenkung, etc.) sind vor Inanspruchnahme der Sozialhilfe zu beantragen und weiterzuverfolgen bzw. durchzusetzen. Andernfalls würde

kein oder nur ein geringerer Anspruch auf Sozialhilfe bestehen. Außerdem müsste mit einer Rückforderung bereits ausgezahlter Sozialhilfeleistungen in Höhe der vorrangigen Ansprüche gerechnet werden. Sollten durch den Hilfesuchenden darüber hinaus Zahlungen (z.B. aus dem Schonvermögen) z.B. an den Pflegedienst erfolgen, besteht gem. § 2 SGB XII kein Anspruch auf Erstattung bei Erteilung der Kostenzusage. Daraus resultierende Kontoüberziehungen gehen dann zu Lasten des Leistungsberechtigten.

Vorrangig haben Hilfesuchende auch Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen und einzusetzen. Es werden auch der Bescheid der Pflegeversicherung über die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad und das MDK-Gutachten benötigt.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass Hilfesuchende im Falle einer Sozialhilfegewährung gem. § 90 SGB XII lediglich über ein verwertbares Vermögen in Höhe von 5.000,00 € (Alleinstehende) bzw. 10.000,00 € (Ehegatten) verfügen dürfen.

3. Mitwirkungspflichten

Jeder Leistungsberechtigte hat der Sozialhilfeverwaltung im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten nach § 60 ff. des Sozialgesetzbuch I (SGB I) jede für die Entscheidung über die beantragte Sozialhilfe bedeutsame Tatsache oder Änderung in seinen persönlichen, familiären, wirtschaftlichen oder sonstigen Verhältnissen für die Dauer des Bezugs von Sozialhilfe unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

4. Bewilligung/ Bescheid/ Pfändungsschutz

Die bewilligte Sozialhilfeleistung stellt keine rentenähnliche Dauerleistung dar. Sie wird zunächst für einen Monat unter dem Vorbehalt gewährt, dass sich die vom Leistungsberechtigten angegebenen und der Bewilligung zu Grunde gelegten Verhältnisse nicht ändern. Tritt keine Änderung ein, so erfolgt - ohne Antrag - aufgrund stillschweigender monatlicher Neubewilligung die Weiterzahlung der Hilfe zum Lebensunterhalt in der in diesem Bescheid angegebenen Höhe. Ändern sich die Verhältnisse und erfolgt dadurch eine gesetzlich nicht gerechtfertigte Auszahlung, so ist diese zu erstatten, soweit sie der Leistungsberechtigte zu vertreten hat. Er hat solche Fehlzahlungen insbesondere zu vertreten, wenn sie darauf beruhen, dass er seiner gesetzlichen Mitteilungspflicht nach § 60 SGB I nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig nachgekommen ist.

Die Sozialhilfe wird im Allgemeinen erst nach Vorlage der Rechnung gezahlt. In Fall der Zahlung eines Pflegegeldes werden die Leistungen der Sozialhilfe in der Regel monatlich im Voraus überwiesen und dienen zur Deckung des jeweiligen Bedarfs für den kommenden Monat. Bei Überweisungen kann daher erst ab Fälligkeit, d. h. ab dem Ersten eines Monats über die Hilfe verfügt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt kann der Sozialhilfeträger eine bereits erfolgte Überweisung noch stornieren. Kontoüberziehungen gehen dann zu Lasten des Leistungsberechtigten. Der Sozialhilfeanspruch kann nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden (§ 17 SGB XII).

5. Kostenerstattung bei unrichtigen und unvollständigen Angaben

Unbeschadet einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Unterstützungsbetruges sind der Sozialhilfeverwaltung bereits erbrachte Leistungen zu erstatten, wenn diese erwirkt wurden - durch arglistige Täuschung, - durch Drohung oder Bestechung, - weil vorsätzlich oder grob fahrlässig Angaben gemacht wurden, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren, - weil die Rechtswidrigkeit der Hilfestellung bekannt oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht bekannt war, wobei grobe Fahrlässigkeit dann vorliegt, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wurde (§§ 45, 50 SGB X).

6. Kostenersatz bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten

Zum Ersatz der Kosten ist auch verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialhilfe an sich selbst oder an seine unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat (§ 103 SGB XII).

7. Kostenersatz durch die Erben

Erben sind im Rahmen des § 102 SGB XII zum Kostenersatz verpflichtet. Ein bei Lebzeiten des Leistungsberechtigten anerkanntes geschütztes Vermögen im Sinne des § 90 SGB XII verliert diesen Status beim Tode des Leistungsberechtigten.

Ich/ wir bestätige/ n hiermit, dass wir das Merkblatt "Wichtige Hinweise zum Sozialhilfeantrag" gelesen und erhalten haben. Ein Exemplar ist in meinem/ unserem Besitz.

Ort/Datum

(Ihre) Unterschrift bzw. ggf.
Unterschrift der bevollmächtigten Person
bzw. der gesetzlichen Betreuung

Unterschrift der Ehegattin* bzw. des
Ehegatten* bzw. der Person, mit der
in einer eheähnlichen Gemeinschaft
gelebt wird

Name, Vorname, Geburtsdatum des
Antragstellers/ der Antragstellerin

*Ausfertigung
für Ihre
Unterlagen!!!*

M E R K B L A T T

1. Beginn der Leistungsgewährung/ Schuldenübernahme

Die Sozialhilfe setzt im Allgemeinen mit dem Tag des Bekanntwerdens der Notlage beim Sozialhilfeträger oder bei den von ihm beauftragten Stellen ein, wenn die Voraussetzungen zur Gewährung der Hilfe von diesem Zeitpunkt an vorliegen (§ 18 des Sozialgesetzbuch XII - SGB XII).

Die Leistungen der Sozialhilfe dienen der Abwendung einer gegenwärtigen Notlage und haben keine Schadensausgleichsfunktion. Sie werden daher im Allgemeinen nicht rückwirkend, d. h. nicht vor dem Zeitpunkt der Kenntnis der Notlage gewährt.

Die Sozialhilfe kann ihren Zweck nicht mehr erfüllen, wenn der Leistungsberechtigte verstorben ist. Der Anspruch ist, selbst wenn er vor dem Tode des Leistungsberechtigten rechtskräftig war, nur in Ausnahmefällen vererblich (z. B. wenn die Bewilligung einer Leistung wegen säumigen Verhaltens des Sozialhilfeträgers nicht rechtzeitig erfolgt).

Die Übernahme von Schulden ist nicht Aufgabe der Sozialhilfe. Anträge auf Übernahme eingegangener Zahlungsverpflichtungen können ebenso wenig berücksichtigt werden wie Anträge auf Erstattung bereits bezahlter Auslagen oder Aufwendungen.

2. Selbstverpflichtung und Nachrangprinzip der Sozialhilfe/ Hilfgewährung als Darlehen

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält (§ 2 SGB XII).

Jeder Hilfesuchende ist somit verpflichtet, die Sozialhilfe so gering wie möglich zu halten und bei der Beseitigung der Notlage nach besten Kräften mitzuwirken.

Leistungen der Sozialhilfe sind nach § 2 SGB XII grundsätzlich nachrangig, so dass bei Vorliegen der Hilfebedürftigkeit nur die ungedeckten Kosten z.B. der Pflege übernommen werden.

Vorrangige Ansprüche (z. B. Renten, Kindergeld, Unterhalt, zivilrechtliche Ansprüche wie z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Leibrente, Schenkung, etc.) sind vor Inanspruchnahme der Sozialhilfe zu beantragen und weiterzuverfolgen bzw. durchzusetzen. Andernfalls würde

kein oder nur ein geringerer Anspruch auf Sozialhilfe bestehen. Außerdem müsste mit einer Rückforderung bereits ausgezahlter Sozialhilfeleistungen in Höhe der vorrangigen Ansprüche gerechnet werden. Sollten durch den Hilfesuchenden darüber hinaus Zahlungen (z.B. aus dem Schonvermögen) z.B. an den Pflegedienst erfolgen, besteht gem. § 2 SGB XII kein Anspruch auf Erstattung bei Erteilung der Kostenzusage. Daraus resultierende Kontoüberziehungen gehen dann zu Lasten des Leistungsberechtigten.

Vorrangig haben Hilfesuchende auch Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen und einzusetzen. Es werden auch der Bescheid der Pflegeversicherung über die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad und das MDK-Gutachten benötigt.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass Hilfesuchende im Falle einer Sozialhilfegewährung gem. § 90 SGB XII lediglich über ein verwertbares Vermögen in Höhe von 5.000,00 € (Alleinstehende) bzw. 10.000,00 € (Ehegatten) verfügen dürfen.

3. Mitwirkungspflichten

Jeder Leistungsberechtigte hat der Sozialhilfeverwaltung im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten nach § 60 ff. des Sozialgesetzbuch I (SGB I) jede für die Entscheidung über die beantragte Sozialhilfe bedeutsame Tatsache oder Änderung in seinen persönlichen, familiären, wirtschaftlichen oder sonstigen Verhältnissen für die Dauer des Bezugs von Sozialhilfe unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

4. Bewilligung/ Bescheid/ Pfändungsschutz

Die bewilligte Sozialhilfeleistung stellt keine rentenähnliche Dauerleistung dar. Sie wird zunächst für einen Monat unter dem Vorbehalt gewährt, dass sich die vom Leistungsberechtigten angegebenen und der Bewilligung zu Grunde gelegten Verhältnisse nicht ändern. Tritt keine Änderung ein, so erfolgt - ohne Antrag - aufgrund stillschweigender monatlicher Neubewilligung die Weiterzahlung der Hilfe zum Lebensunterhalt in der in diesem Bescheid angegebenen Höhe. Ändern sich die Verhältnisse und erfolgt dadurch eine gesetzlich nicht gerechtfertigte Auszahlung, so ist diese zu erstatten, soweit sie der Leistungsberechtigte zu vertreten hat. Er hat solche Fehlzahlungen insbesondere zu vertreten, wenn sie darauf beruhen, dass er seiner gesetzlichen Mitteilungspflicht nach § 60 SGB I nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig nachgekommen ist.

Die Sozialhilfe wird im Allgemeinen erst nach Vorlage der Rechnung gezahlt. In Fall der Zahlung eines Pflegegeldes werden die Leistungen der Sozialhilfe in der Regel monatlich im Voraus überwiesen und dienen zur Deckung des jeweiligen Bedarfs für den kommenden Monat. Bei Überweisungen kann daher erst ab Fälligkeit, d. h. ab dem Ersten eines Monats über die Hilfe verfügt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt kann der Sozialhilfeträger eine bereits erfolgte Überweisung noch stornieren. Kontoüberziehungen gehen dann zu Lasten des Leistungsberechtigten. Der Sozialhilfeanspruch kann nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden (§ 17 SGB XII).

5. Kostenerstattung bei unrichtigen und unvollständigen Angaben

Unbeschadet einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Unterstützungs-betruges sind der Sozialhilfeverwaltung bereits erbrachte Leistungen zu erstatten, wenn diese erwirkt wurden - durch arglistige Täuschung, - durch Drohung oder Bestechung, - weil vorsätzlich oder grob fahrlässig Angaben gemacht wurden, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren, - weil die Rechtswidrigkeit der Hilfgewährung bekannt oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht bekannt war, wobei grobe Fahrlässigkeit dann vorliegt, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wurde (§§ 45, 50 SGB X).

6. Kostenersatz bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten

Zum Ersatz der Kosten ist auch verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialhilfe an sich selbst oder an seine unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat (§ 103 SGB XII).

7. Kostenersatz durch die Erben

Erben sind im Rahmen des § 102 SGB XII zum Kostenersatz verpflichtet. Ein bei Lebzeiten des Leistungsberechtigten anerkanntes geschütztes Vermögen im Sinne des § 90 SGB XII verliert diesen Status beim Tode des Leistungsberechtigten.

Ich/ wir bestätige/ n hiermit, dass wir das Merkblatt "Wichtige Hinweise zum Sozialhilfeantrag" gelesen und erhalten haben. Ein Exemplar ist in meinem/ unserem Besitz.

Ort/Datum

(Ihre) Unterschrift bzw. ggf.
Unterschrift der bevollmächtigten Person
bzw. der gesetzlichen Betreuung

Unterschrift der Ehegattin* bzw. des
Ehegatten* bzw. der Person, mit der
in einer eheähnlichen Gemeinschaft
gelebt wird