



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 nach dem SGB XII außerhalb von Einrichtungen

Welche Leistung(en) wird benötigt?	Zeitraum
<input type="checkbox"/> Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII wegen Alters	ab:
<input type="checkbox"/> Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII wegen voller Erwerbsminderung	ab:
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII	ab:
<input type="checkbox"/>	

1. Angaben zur antragstellenden Person	
	Antragsteller*in
Nachname:	
Geburtsname:	
Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	
Geburtsort/Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:	
Telefon: <i>(Angabe ist freiwillig!)</i>	
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung	
Vorname/ Name	_____
Straße/ Nr.	_____
PLZ/ Wohnort	_____
Tel.: <i>(Angabe ist freiwillig!)</i>	_____
Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ (Beleg bitte beifügen!) gültig bis:
anerkannte Merkzeichen:	

Familienstand?

- ledig
 verheiratet seit _____
 verwitwet seit _____
 eheähnl. Gemeinschaft seit _____
 eingetragene Lebenspartnerschaft seit _____
 getrennt lebend seit _____
 geschieden am _____

Sofern Sie verheiratet sind, bitte ich um Vorlage der **Heiratsurkunde**.

Waren Sie mehr als einmal verheiratet?

- nein ja, _____

Wie lange war die jeweilige Ehezeit? _____

Sofern Sie geschieden sind, bitte ich um Mitteilung, ob eine Unterhaltsregelung getroffen wurde, ggfs. in welcher Höhe. **(Scheidungsurteil bitte beifügen!)**

Name und Anschrift des/der geschiedenen Ehegatten*innen:

2. Angaben über Eltern und Kinder der antragstellenden Person

	1. Angehörige*r	2. Angehörige*r	3. Angehörige*r
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Name:			
ggf. Geburtsname:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Familienstand:			
Straße/ Hausnummer:			
Postleitzahl/ Wohnort:			
Verwandtschaftsverhältnis:			
Beruf:			
Einkommen über 100.000 € brutto/Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

3. Angaben zur Pflege- und Krankenversicherung der antragstellenden Person

Hinweis:

(aktuelle Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse ist beizufügen!)

Name der Versicherung:	
Anschrift der Versicherung:	
Krankenversicherungsnummer:	
Derzeit krankenversichert als? <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner*in <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> angemeldet nach § 264 SGB V <input type="checkbox"/> privat versichert (Versicherungspolice sowie aktuelle Beitragshöhe sind nachzuweisen) <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (aktuelle Beitragshöhe ist nachzuweisen) <input type="checkbox"/> ich bin zurzeit nicht kranken- und pflegeversichert <input type="checkbox"/> es muss noch abschließend geklärt werden; meine letzte Krankenkasse war: _____ Zeitpunkt der Versicherung: _____	

4. Angaben zum/ zur Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird

entfällt

	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	
Geburtsort/Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:	
Beruf/Arbeitgeber:	
Einkommen:	
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r <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 der Behinderung: _____ (Beleg bitte beifügen!) gültig bis: _____
anerkannte Merkzeichen:	

Familienstand?

- entfällt
 ledig
 verheiratet seit _____
 verwitwet seit _____
 getrennt lebend seit _____
 eheähnl. Gemeinschaft seit _____
 geschieden am _____
 eingetragene Lebenspartnerschaft seit _____

Sofern Sie verheiratet sind, bitte ich um Vorlage der **Heiratsurkunde**.

Waren Sie mehr als einmal verheiratet?

nein ja, _____

Wie lange war die jeweilige Ehezeit? _____

Sofern Sie geschieden sind, bitte ich um Mitteilung, ob eine Unterhaltsregelung getroffen wurde, ggfs. in welcher Höhe. **(Scheidungsurteil bitte beifügen!)**

Name und Anschrift des/der geschiedenen Ehegatten*in:

5. Angaben über Eltern und Kinder des/der Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird

entfällt

	1. Angehörige* r	2. Angehörige* r	3. Angehörige* r
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Name:			
ggf. Geburtsname:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Familienstand:			
Straße/ Hausnummer:			
Postleitzahl/ Wohnort:			
Beruf:			
Verwandtschaftsverhältnis:			
Einkommen über 100.000 € brutto/Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

6. Angaben zur Pflege- und Krankenversicherung der/des Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher/m in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird

Hinweis:

(aktuelle Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse ist beizufügen!)

entfällt

Name der Versicherung:	
Anschrift der Versicherung:	
Krankenversicherungsnummer:	
Derzeit krankenversichert als?	
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Rentner*in <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> angemeldet nach § 264 SGB V <input type="checkbox"/> privat versichert (Versicherungspolice sowie aktuelle Beitragshöhe sind nachzuweisen) <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (aktuelle Beitragshöhe ist nachzuweisen) <input type="checkbox"/> ich bin zurzeit nicht kranken- und pflegeversichert <input type="checkbox"/> es muss noch abschließend geklärt werden; meine letzte Krankenkasse war: _____ Zeitpunkt der Versicherung: _____	

7. weitere Personen im Haushalt?

nein ja, Anzahl:

Familienname, Geburtsname, Vorname:		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:		
Familienstand:		
Verwandtschaftsgrad:		
Beruf:		
Einkommen:		

(Bei mehr als zwei weiteren Personen bitte ein zusätzliches Blatt verwenden!)

8. Angaben über die Unterkunftskosten:

Ich/Wir bin/sind Haus-/Wohneigentümer*in

Hinweis:

Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die aktuellen Kosten/ Belastungen vorzulegen. Hierzu ist die Anlage „Ermittlung der eigenen Unterkunftskosten bei Wohneigentum“ auszufüllen.

Ich/Wir wohnen zur Miete (die Anlage Mietbescheinigung ist beizufügen!):

	Antragsteller*in sowie Ehegatte*in /eingetragene*r Lebenspartner*in /Partner*in eheähnlicher Gemeinschaft
monatliche Kaltmiete:	
monatliche Heizkosten:	<input type="checkbox"/> Vorauszahlung: _____ € <input type="checkbox"/> Pauschale: _____ €
monatliche Betriebskosten:	<input type="checkbox"/> Vorauszahlung: _____ € <input type="checkbox"/> Pauschale: _____ €
Warmwasseraufbereitung:	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral (Boiler, Durchlauferhitzer)
Ist Strom in der Miete enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____ €
Wie wird geheizt?	<input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom
Wohnfläche des gesamten Gebäudes:	
Wird eine Heiz- und Betriebskostenabrechnung erstellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (letzte vollständige Abrechnung ist beizufügen)

9. Mehrbedarfe gem. § 30 SGB XII

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
§ 30 (1) Nr. 1 wegen Alter und Merkzeichen G	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
§ 30 (1) Nr. 2 wegen voller Erwerbsminderung und Merkzeichen G	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
§ 30 (2) wegen Schwangerschaft (nach der 12. Schwangerschaftswoche)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
§ 30 (3) alleinerziehend	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

§ 30 (5) wegen kostenaufwändiger Ernährung (die Anlage Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung ist beizufügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
§ 30 (7) dezentrale Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
§ 42 b Mehrbedarf Mittagsverpflegung (WfbM) An wie vielen Tagen in der Woche wird an der gem. Mittagsverpflegung teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Tag(e)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Tag(e)

10. Angaben Einkommensverhältnisse – § 82 SGB XII

Hinweis:

(aktuelle Belege sind beizufügen!)

Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Witwenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Zusatzrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Betriebsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Leibrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
landwirtschaftliche Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Sonstige Rente (z. B. Rente aus dem Ausland)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Miet-/ Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Asylbewerberleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Wohngeld (Mietzuschuss)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:

Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____
Nichtselbstständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen/ Ausbildungsvergütung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Tätigkeit in einem geschützten Bereich (z. B. Werkstatt für behinderte Menschen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Leistungen Versorgungsamt (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente, Berufs-/ Schadensausgleich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.:
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, BAB)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: Zeitraum: _____ Leistungsträger: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: Zeitraum: _____ Leistungsträger: _____
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Taschengeld, Beköstigung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____

Noch zu erwartende Zahlungen (z. B. Erstattung von Einkommens- steuern/Mietnebenkosten usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ _____
Sonstige Einkünfte? Bitte erläutern!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____

11. mögliche absetzungsfähige Ausgaben – § 82 SGB XII

Hinweis:

(aktuelle Belege sind beizufügen!)

Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Privathaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____
Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____
Beiträge für Berufsverbände/Sozialverband Deutschland e.V.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____
Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle durch Nutzung:	<input type="checkbox"/> eigenen PKW <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel Betrag mtl.: _____	<input type="checkbox"/> eigenen PKW <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel Betrag mtl.: _____
Kfz-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____ nähere Begründung: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl.: _____ nähere Begründung: _____

12. Angaben zum Vermögen – 90 SGB XII

Hinweis:

(aktuelle Belege sind beizufügen!)

Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Festgeld/ Sparbrief/Sparkonto:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Geschäftsanteile/Mietkaution:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Lebensversicherung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Aktien/ Wertpapiere:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Sterbegeldversicherung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Bestattungsvorsorgevertrag:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente, Rürup-Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aktueller Wert:
Ansprüche aus Übertragsverträgen (Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ aktueller Wert: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ aktueller Wert: _____

Art des Vermögens	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Girokonto:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____
	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Sparbuch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
<p>Sind noch weitere Konten vorhanden?</p> <p><i>(Bei mehr als einem weiteren Konto bitte ein zusätzliches Blatt verwenden!)</i></p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Geldinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____ aktueller Wert: _____ Kontoinhaber*in: _____

Haus- und/oder Grundeigentum		
	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
Hauseigentum (nicht selbst bewohnt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift: _____ _____
Sonstiger Grundbesitz (z.B. unbebaute Flächen, landwirtschaftliche o.ä.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift: _____ _____

Sind Sie oder Ihr*e Ehegatte*in / eingetragene*r Lebenspartner*in / Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft Halter*in eines Fahrzeuges? (z. B. PKW, Wohnmobil, Motorrad, Roller, Quad, Boot, Anhänger oder ähnliches)

Hinweis:

Bitte Kopie Zulassungsbescheinigung Teil I und II beifügen!

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hersteller:		
Modell:		
Erstzulassung:		
Kilometerstand:		
Tag des Erwerbs:		
Höhe des Kaufpreises:		
heutiger Verkaufswert:		
Sind in den letzten 6 Monaten Fahrzeuge abgemeldet bzw. verkauft worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitpunkt der Abmeldung: _____ Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitpunkt der Abmeldung: _____ Kennzeichen: _____
Stehen Ihnen oder Haushaltsmitgliedern geliehene Fahrzeuge zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kennzeichen: _____
Zahlen Sie KfZ-Steuern für ein eigenes oder ein anderes Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für eigenes Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja, für Kennzeichen: _____ Betrag jährlich:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für eigenes Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja, für Kennzeichen: _____ Betrag jährlich:
Zahlen Sie KfZ-Versicherung für ein eigenes oder ein anderes Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für eigenes Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja, für Kennzeichen: _____ Betrag jährlich: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für eigenes Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja, für Kennzeichen: _____ Betrag jährlich: €
Weshalb sind Sie auf ein Fahrzeug angewiesen?		

13. Angaben über privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten

Hinweis:

Belege sind beizufügen!

Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben

Haben Sie oder Ihr*e Ehegatte*in /eingetragene*r Lebenspartner*in /Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen veräußert, übertragen, verliehen und/ oder verschenkt?

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kaufvertrag, Überlassungsvertrag, etc. beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kaufvertrag, Überlassungsvertrag, etc. beifügen!)	
Art des Vermögens:	übertragen/ verschenkt/ verliehen an:	Datum:	Wert:
Grundvermögen:			
Geldvermögen:			
Sachvermögen:			
Versicherungen:			
Sonstiges:			

Besitzen Sie oder Ihr*e Ehegatte*in /eingetragene*r Lebenspartner*in /Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen? Bzw. haben Sie oder Ihr*e Ehegatte*in /eingetragene*r Lebenspartner*in/ Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft in den letzten 10 Jahren vertragliche Ansprüche besessen/ gelöscht?

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art des Anspruches:	Anspruchsschuldner:		
Wohnrecht:			
Nießbrauchrecht:			
Altenteil:			
Hege und Pflege:			
Leibrente:			
Bestattungskosten:			
Sonstiges:			

13. Angaben über privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten

Hinweis:

Belege sind beizufügen!

Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben

Haben Sie oder Ihr*e Ehegatte*in /eingetragene*r Lebenspartner*in /Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft in den letzten 10 Jahren geerbt?

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art der Erbschaft:	Erläuterung:	Erläuterung:
Barvermögen:		
Grundvermögen:		
Gegenstände/ Sammlungen:		
Ansprüche:		
Sonstiges:		

Wurden Sie in den letzten 3 Jahren enterbt?

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wenn ja, haben Sie Ihren Pflichtteilsanspruch geltend gemacht?

	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen)
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Besitzen Sie oder Ihr*e Ehegatte*in /eingetragene*r Lebenspartner*in /Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten?

	antragstellende Person	Ehepartner*in bzw. Partner*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise beifügen!)
Wenn ja, gegenüber wem?		
Anschrift:		
Aus welchem Grund?		

14. Zahlungsweg

Hinweis:

Voraussetzung für eine direkte Zahlung von nachstehenden Zahlungsverpflichtungen ist, dass Ihr sozialhilferechtlicher Bedarf in monatlicher Höhe ausreichend ist. Eine direkte Zahlung ist nicht mehr möglich, wenn Sie aus dem Leistungsbezug ausscheiden oder aber Ihre Einverständniserklärung widerrufen.

Soll die Miete direkt an den/die Vermieter*in überwiesen werden?

nein ja entfällt

Sollen die Heizkosten direkt an das Versorgungsunternehmen überwiesen werden?

nein ja entfällt

Sollen die Stromkosten direkt an das Versorgungsunternehmen gezahlt werden?

nein ja entfällt

Die Leistungen nach dem SGB XII sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Girokonto Antragsteller*in

anderes Konto: IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber*in: _____

15. Aufenthalt

Haben Sie oder Ihr*e Ehegatte*in bzw. Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft sich in den vergangenen 12 Monaten in einer stationären Einrichtung oder einer ambulant betreuten Wohnform aufgehalten? **(Falls ja, bitte entsprechende Nachweise vorlegen)**

nein

ja, Name der Einrichtung: _____

Kostenträger: _____

Zeitraum: _____

Haben Sie oder Ihr*e Ehegatte*in bzw. Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft jemals außerhalb von Deutschland gelebt und haben dadurch Rentenanspruchszeiten erworben?

nein

ja, in _____

Haben Sie oder Ihr*e Ehegatte*in bzw. Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft in den **letzten 10 Jahren Leistungen nach dem SGB XII** erhalten? Falls ja, reichen Sie bitte den letzten SGB XII-Bescheid sowie den Einstellungsbescheid der damals zuständigen Behörde ein.

nein

ja

Sonstige Bemerkungen:

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.

Gelesen, genehmigt und unterschrieben:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in bzw. ggf. Unterschrift
Bevollmächtigte*r / Betreuer*in

Unterschrift Ehegatte*in / eingetragene*r Lebenspartner*in
/ Partner*in in eheähnlicher Gemeinschaft

Für die Richtigkeit der Änderungen/Ergänzungen durch den/die
Mitarbeiter*in des Kreises Dithmarschen, die heute mit mir
besprochen wurden.

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und Datenschutz

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

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist der Kreis Dithmarschen, Fachdienst Soziale Teilhabe auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Diese Mitwirkungspflichten des Antragsteller/ 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) 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 eine Kontoabrufer suchen 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 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 Behörde, Sparkassen, Banken und sonstige Finanzinstitute), Versicherungsgesellschaften, 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. 1 e 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

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 SGB - Zwölftes Buch (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 die/der Leistungsberechtigte verstorben ist. Der Anspruch ist, selbst wenn er vor dem Tode der/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).

Jede/r 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.

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.

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

Jede/r Leistungsberechtigte hat dem Sozialhilfeträger im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten nach § 60 ff. des SGB - Erstes Buch (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 Sozialleistung stellt keine rentenähnliche Dauerleistung dar. Sie wird zunächst für einen Monat unter dem Vorbehalt gewährt, dass sich die 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. Die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII ist antragsabhängig und wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Ändern sich die Verhältnisse und erfolgt dadurch eine gesetzlich nicht gerechtfertigte Auszahlung, so ist diese zu erstatten, soweit sie die/der Leistungsberechtigte zu vertreten hat. Solche Fehlzahlungen sind insbesondere zu vertreten, wenn sie darauf beruhen, dass der gesetzlichen Mitteilungspflicht nach § 60 SGB I nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig nachgekommen ist.

Die laufenden Sozialhilfeleistungen werden 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. Zuzahlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Als Sozialhilfeempfänger*in wird eine geringere Zuzahlung zu z. B. Arzneimitteln, Eigenanteil von Krankenhausaufenthalte, etc. bei der Krankenkasse geleistet. Hierfür muss die/der Hilfesuchende* bei der Krankenkasse bekannt geben, dass sie/er Leistungen nach dem SGB XII bezieht. Die Krankenkasse wird dann auf Antrag die Belastungsgrenze neu berechnen.

6. 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 Hilfegewährung 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).

7. 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).

8. Kostenersatz durch die Erben

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

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

Unterschrift Antragsteller*in
bzw. Unterschrift Bevollmächtigte*r oder Betreuer*in

Unterschrift Ehegatte*in bzw. Partner*in
in eheähnlicher Gemeinschaft

**Ausfertigung für
Ihre Unterlagen!**

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 SGB - Zwölftes Buch (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 die/der Leistungsberechtigte verstorben ist. Der Anspruch ist, selbst wenn er vor dem Tode der/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).

Jede/r 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.

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.

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

Jede/r Leistungsberechtigte hat dem Sozialhilfeträger im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten nach § 60 ff. des SGB - Erstes Buch (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 Sozialleistung stellt keine rentenähnliche Dauerleistung dar. Sie wird zunächst für einen Monat unter dem Vorbehalt gewährt, dass sich die 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. Die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII ist antragsabhängig und wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Ändern sich die Verhältnisse und erfolgt dadurch eine gesetzlich nicht gerechtfertigte Auszahlung, so ist diese zu erstatten, soweit sie die/der Leistungsberechtigte zu vertreten hat. Solche Fehlzahlungen sind insbesondere zu vertreten, wenn sie darauf beruhen, dass der gesetzlichen Mitteilungspflicht nach § 60 SGB I nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig nachgekommen ist.

Die laufenden Sozialhilfeleistungen werden 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. Zuzahlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Als Sozialhilfeempfänger*in wird eine geringere Zuzahlung zu z. B. Arzneimitteln, Eigenanteil von Krankenhausaufenthalte, etc. bei der Krankenkasse geleistet. Hierfür muss die/der Hilfesuchende* bei der Krankenkasse bekannt geben, dass sie/er Leistungen nach dem SGB XII bezieht. Die Krankenkasse wird dann auf Antrag die Belastungsgrenze neu berechnen.

6. 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 Hilfegewährung 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).

7. 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).

8. Kostenersatz durch die Erben

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

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

Unterschrift Antragsteller*in
bzw. Unterschrift Bevollmächtigte*r oder Betreuer*in

Unterschrift Ehegatte*in bzw. Partner*in
in eheähnlicher Gemeinschaft