|  |  |
| --- | --- |
| **Kurzantrag auf existenzsichernde Leistungen nach dem SGB XII für Hilfeempfänger in besonderen Wohnformen.****Ab dem 01.01.2020** | **Eingangsdatum:**  |

|  |
| --- |
| Hinweis:Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite unten zu bestätigen.Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs.2 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs.1 SGB I. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht oder nicht vollständig nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden (§ 66 Abs. 1 SGB I).Die Leistungen werden jeweils nur für den angegebenen Zeitraum bewilligt.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zu den persönlichen Verhältnissen** | **1. Person** | **2. Person** |
|  | [ ]  männlich [ ]  weiblich | [ ]  männlich [ ]  weiblich |
|  | **Antragsteller(in)** | **Ehegatte(in)/Lebenspartner(in)****(nicht getrennt lebend)** |
| Familienname, ggfls. Geburtsname, Vorname |  |  |
| Anschrift(Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) |  |
| Telefon |  |  |
| Geburtsdatum/Geburtsort |  |  |
| Familienstand | [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  Lebenspartnerschaft[ ]  verwitwet [ ]  getrennt lebend [ ]  geschiedenSeit: | [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  Lebenspartnerschaft[ ]  verwitwet [ ]  getrennt lebend [ ]  geschiedenSeit: |
| Betreuer/In  |  |  |
| Anschrift des/r Betreuer-s-/in(Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) |  |  |
| Schwerbehindertenausweis  | [ ]  ja, gültig bis: [ ]  nein [ ]  beantragt am: Merkzeichen G oder aG[ ]  ja [ ]  nein | [ ]  ja, gültig bis: [ ]  nein [ ]  beantragt am: Merkzeichen G oder aG[ ]  ja [ ]  nein |
| Verfügt eines Ihrer Kinder allein / verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über 100.000 € Brutto jährlich? | [ ]  nein[ ]  ja, Höhe: Name, Vorname |
| Steuer-Identifikationsnummer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Erhalten Sie Leistungen der Pflegekasse? | [ ]  ja, Pflegegrad: [ ]  nein | [ ]  ja, Pflegegrad: [ ]  nein |
| Mehrbedarf kostenaufwändige Ernährung(bitte Nachweis beifügen) |  |  |
| Bewohnen Sie ein Einzelzimmer? | [ ]  ja, [ ]  nein, ich habe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mitbewohner  | [ ]  ja, [ ]  nein, ich habe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mitbewohner |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1. Person** | **2. Person** |
| Warmmiete (bitte fügen Sie den mit Ihrem Vermieter geschlossenen Vertrag bei) |  |  |
| Rente(bitte aktuelle Rentenbescheide von Juli 2019 beifügen) |  |  |
|  |  |
| WfbM-Einkommen(bitte Jahres-verdienstbescheinigung beifügen) |  |  |
|  |  |
| Sonstiges Einkommen(bitte Nachweise beifügen) |  |  |
|  |  |
| Vermögen(bitte aktuelle Nachweise beifügen) |  |  |
|  |  |
|  |  |
| Privathaftpflichtversicherung(bitte Nachweis beifügen) |  |  |
| Wird Mittagessen in den WfbM eingenommen? | [ ]  nein [ ]  ja  |
| Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich auf mein folgendes Konto zu zahlen: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Erklärung**

|  |
| --- |
| Den Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Person habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde. Ansonsten hat die zweite Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.Wenn und solange ich Leistungen nach dem SGB XII erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass der Landkreis Wittmund ein Kontenabrufverfahren nach § 93 Abs. 8 i. V. m. § 93 Abgabenordnung (AO) durchführen darf. Die Kontoabfrage gibt Auskunft darüber, bei welchen Kreditinstituten die abgefragte Person Konten oder Depots unterhält. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Person 1 / Betreuer |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Person 2 / Betreuer |