

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

3. Kapitel - Hilfe zum Lebensunterhalt
 4. Kapitel - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 5. Kapitel - Hilfen zur Gesundheit
 7. Kapitel - Hilfe zur Pflege
 8. Kapitel - Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
 9. Kapitel - Hilfe in anderen Lebenslagen (u.a. Blindenhilfe u. Bestattungskosten)

Antrag ausgehändigt::

Antrag eingegangen:

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite 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. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben automatisch verglichen (§ 118 SGB XII)

1. Persönliche Verhältnisse:

| | Leistungsberechtigte Person | Lebens- oder Ehepartner(in) |
|--|--|--|
| Name | | |
| Vorname(n) | | |
| Geburtsname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort / Kreis / Land | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ |
| Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten Urteil und Regelung über Unterhalt bitte beifügen | | |
| Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status) | | |
| Steuer-Identifikationsnummer | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort | | |
| Telefon | | |
| Aufenthalt in den letzten zwei Jahren / vor Aufnahme in die Einrichtung (bitte vollständige Anschrift, auch bei stationären Aufenthalten, angeben) | | |
| Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland | | |
| Rentenversicherungsnummer | | |
| Höchster Schulabschluss | | |
| Erlerner Beruf | | |

| | Leistungsberechtigte Person | Lebens- oder Ehepartner(in) |
|--|---|---|
| Derzeit ausgeübte Tätigkeit | | |
| Arbeitgeber, Anschrift (Angaben Verdienst unter Nr. 6) | | |
| Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ (Kopie beifügen) Merkzeichen <input type="checkbox"/> G oder <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ (Kopie beifügen) Merkzeichen <input type="checkbox"/> G oder <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ |
| Sind Sie oder eines Ihrer Haushaltmitglieder pflegebedürftig? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse beifügen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse beifügen |
| Ist die Hilfebedürftigkeit auf ein Schadensereignis (z.B. Unfall, ärztlicher Behandlungsfehler, Impfschaden) zurückzuführen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art: |
| Bestehen als Folge der Schädigung Schadenersatzansprüche gegen Versicherungen oder andere Stellen/Personen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nennen Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen <input type="checkbox"/> Geltend gemacht am: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nennen Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen <input type="checkbox"/> Geltend gemacht am: |
| Haben Sie einer Person eine Vollmacht ausgestellt oder besteht eine vom Amtsgericht eingerichtete Betreuung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung Name und Anschrift: Tel.: Email: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung Name und Anschrift: Tel.: Email: |
| Wurde bereits einmal Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe oder Grundsicherung im Alter/bei Erwerbsminderung gezahlt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt bei: Behörde und Aktenzeichen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt bei: Behörde und Aktenzeichen |

2. Kranken-/Pflegeversicherung

| | Leistungsberechtigte Person | Lebens- oder Ehepartner(in) |
|--|---|---|
| Sind Sie Mitglied einer Krankenversicherung (KV) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflichtmitglied gesetzliche KV (auch KV der Rentner (KvdR)) <input type="checkbox"/> ja, freiwilliges Mitglied gesetzliche KV <input type="checkbox"/> ja, Mitglied durch Familienversicherung <input type="checkbox"/> ja, Mitglied einer privaten KV | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflichtmitglied gesetzliche KV (auch KV der Rentner (KvdR)) <input type="checkbox"/> ja, freiwilliges Mitglied gesetzliche KV <input type="checkbox"/> ja, Mitglied durch Familienversicherung <input type="checkbox"/> ja, Mitglied einer privaten KV |
| | Name und Anschrift der Versicherung | Name und Anschrift der Versicherung |
| | Krankenversichertennummer | |
| Falls nein: | Bei welcher Krankenkasse bestand zuletzt Krankenversicherungsschutz? Wann und aus welchem Grund endete die Mitgliedschaft? | |

3. Weitere Personen im gemeinsamen Haushalt

keine

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| Name, Vorname | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person | | | | |
| Geburtsdatum/-ort | | | | |
| Arbeitgeber | | | | |

4. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:

Angaben zu Kindern, auch Adoptivkinder, geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte

keine

| Verwandtschaftsverh. zur leistungsberechtigten Person | Name, Vorname | Geburtsdatum und -ort | Anschrift | Familienst. einschl. Anzahl der unterhaltspflichtigen Kinder | Beruf/Tätigkeit |
|---|---------------|-----------------------|-----------|--|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Angaben zu den Eltern

| | Name, Vorname | Geburtsdatum und -ort, ggf. Sterbedatum | Anschrift | Familienstand einschl. Anzahl der Kinder | Beruf/Tätigkeit |
|----------------------------------|---------------|---|-----------|--|-----------------|
| der leistungsberechtigten Person | | | | | |
| Mutter | | | | | |
| Vater | | | | | |
| des Lebens- oder Ehepartners | | | | | |
| Mutter | | | | | |
| Vater | | | | | |

5.a Kosten der Unterkunft – Mietwohnung

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Kaltmiete (ohne Heiz- und Nebenkosten mtl.) | Heizkosten | Sonstige Betriebskosten |
| Wohnfläche m ² | Baujahr | |
| Vermieter/in (Name und Anschrift) - bitte Mietvertrag beifügen - | | |
| Wird Wohngeld gezahlt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beifügen | monatlich |
| Ist Wohngeld beantragt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Einnahmen aus Untervermietung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | monatlich |

5.b Kosten der Unterkunft – Eigentum: Hauslasten und Nebenkosten (jährlich)

| | | | |
|-----------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Gemeindeabgaben | Gebäude- und Feuerversicherung | Schornsteinfeger | Wasser- und Bodenverband |
| Kaltwasser | Baujahr | Heizkosten Erdgas | Heizkosten Heizöl/feste Brennstoffe |

Für alle Angaben sind Belege/Nachweise beizufügen, nicht zutreffendes ist zu streichen

Belastungen des Haus- und Grundbesitzes (Grundschulden, Hypotheken usw.)

| Gläubiger/in | Art der Belastung | Höhe | Zinsen jährlich | Tilgung jährlich |
|--------------|-------------------|------|-----------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. Einkommen – Bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen -

| Art des Einkommens | Leistungsberechtigte Person | | Lebens- oder Ehepartner(in) | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| | Monatlicher Betrag in € (Netto) | | Monatlicher Betrag in € (Netto) | |
| Erwerbseinkommen: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitseinkommen (auch geringfügig) • Selbständige Tätigkeit • Land- u. Forstwirtschaft • Einkommen WfbM • Ausbildungsvergütung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Einkommen aus Vermögen: <ul style="list-style-type: none"> • Vermietung/ Verpachtung • Zinsen, Dividenden o.ä. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lohnersatzleistungen: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II • Eingliederungshilfe • Unterhalts-, Übergangsgeld • Krankengeld • Mutterschaftsgeld • Insolvenzgeld • Elterngeld | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Renten/Pensionen: <ul style="list-style-type: none"> • Altersrente • Rente wg. Erwerbsminderung • Witwen-, Witwer-, Waisenrente • Betriebs-, Zusatzrente • Unfallrente • Knappschaftsrente • Landwirtschaftliches Altersgeld • Ausländische Rente • Versorgungsbezüge, Pensionen • Rente vom Versorgungsamt • Rente vom Lastenausgleichsamt • Sonstige Rente • Riester Rente • Ausländische Renten bzw. Rentenansprüche | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstige Sozialleistungen: <ul style="list-style-type: none"> • Kindergeld • Unterhaltsvorschuss • BaföG • Unterhaltssicherung (USG) • Pflegegeld, Blindengeld • Kriegsofopferfürsorge/Opferentschädig. • Grundsicherungsleistungen • Wohngeld | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstige Einkünfte: <ul style="list-style-type: none"> • Unterhaltszahlungen • Untermieteinnahmen • Leistungen aus Verträgen • Zuwendungen ohne Rechtsanspruch • Steuererstattung • Geldwerte Anspruch (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Leibrente) • Taschengeld | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

7. Vom Einkommen absetzbare Beträge – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle

| | Leistungsberechtigte Person | Lebens- oder Ehepartner(in) |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Einfache Entfernung Wohnung – Arbeitsstelle | km | km |
| Monatliche Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel (Belege beifügen) | | |

8. Bestehen Versicherungen für

| | Leistungsberechtigte Person | | mtl. Betrag | Lebens- oder Ehepartner(in) | | mtl. Betrag |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------|
| Privathaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Hausratversicherung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Private Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Altersvorsorgebeiträge (Riester) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

9. Besitzt die leistungsberechtigte Person oder eine andere Person, die im Haushalt lebt, Vermögenswerte? Auch Vermögenswerte im Ausland sind anzugeben
Bitte machen Sie Angaben zu den weiteren Personen im gemeinsamen Haushalt (Punkt 3) auf einem gesonderten Blatt.

| Nachweise beifügen | Leistungsberechtigte Person | | Lebens- oder Ehepartner(in) | |
|---|--|--|--|--|
| | Betrag/Wert | | Betrag/Wert | |
| Bargeld | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Girokonto (Kontoauszüge der letzten fünf Wochen beifügen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Bankguthaben/Sparbuch/Sparverträge | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Bausparguthaben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wertpapiere/Aktien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lebensversicherung (bitte den Rückkaufwert angeben) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sterbeversicherung/Bestattungsvorsorge | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Vertraglich gesicherte Ansprüche, Forderungen gegen Dritte, Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Fahrzeuge (z.B. PKW, Motorrad, Wohnwagen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| | Hersteller/Typ: _____ | | Hersteller/Typ: _____ | |
| | Erstzulassung: _____ | | Erstzulassung: _____ | |
| | Laufleistung: _____ km | | Laufleistung: _____ km | |
| | Kopie Zulassungsbescheinigung beifügen | | Kopie Zulassungsbescheinigung beifügen | |
| Grundvermögen (Grundbuchauszug beifügen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ein-,Mehrfamilienhaus, andere Grundstücke | Art: _____ | | Art: _____ | |
| Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteil | | | | |
| Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, folgendes | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, folgendes |
| | Ggf. Vertrag beifügen | | Ggf. Vertrag beifügen | |
| Betrag/Wert | | | | |
| An wen? Wann? | | | | |
| Sonstiges Vermögen (z.B. Sammlungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

10. Bestehen Schuldverpflichtungen aus sonstigen Kreditverträgen usw.?

| Leistungsberechtigte Person | | | Lebens- oder Ehepartner(in) | | |
|-----------------------------|------------|--------------------|-----------------------------|------------|--------------------|
| Art des Vertrages | | | Art des Vertrages | | |
| Gläubiger/in | | | Gläubiger/in | | |
| Laufzeit bis | Gesamthöhe | Monatliche Tilgung | Laufzeit bis | Gesamthöhe | Monatliche Tilgung |

Für alle Angaben sind Belege/Nachweise beizufügen, nicht zutreffendes ist zu streichen

11. Nicht geklärte Ansprüche

| | | | |
|---|--|--|---|
| Hat die/der Leistungsberechtigte oder ein Angehöriger Anträge gestellt, über die noch nicht entschieden worden ist? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, aus | <input type="checkbox"/> einem Arbeitsverhältnis | <input type="checkbox"/> Kranken-, Renten-, Unfall-, Pflegeversicherung |
| | <input type="checkbox"/> Unterhalt | <input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienstbeschädigter | <input type="checkbox"/> BaföG, Kindergeld, UVG, Grundsicherung |
| | <input type="checkbox"/> Lastenausgleich | <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich: | |
| Antrag gestellt am: | | bei: | |

| | |
|---|---|
| Bestehen mögliche Erbensprüche aus gesetzlicher Erbfolge, oder Testament? | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; verstorbene Person: _____ Name, Anschrift |
| Wenn ja: | Ist ein Verfahren anhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

12. Bankverbindung der leistungsberechtigten Person

| | |
|------------|----------------|
| BIC: | IBAN: |
| Empfänger: | Name der Bank: |

13. Erklärung und Informationen zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII für

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift: | |

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich alle Änderungen und Angaben – besonders der Einkommens- und Vermögensverhältnisse – gem. §§ 60 – 67 SGB I – dem Landkreis Wittmund, Sozialamt, mitzuteilen habe. Ich bin verpflichtet, meine Haushaltsangehörigen, auch meine minderjährigen Kinder, spätestens ab Vollendung des 14. Lebensjahres von der Leistung zu unterrichten und auf ihre Mitwirkungs- und Mitteilungspflicht hinzuweisen. Weiterhin bestätige ich den Erhalt des Merkblattes „Datenschutz und Mitwirkungspflichten“.

Ich bevollmächtige den Landkreis Wittmund, Sozialamt, Auskünfte über alle Angelegenheiten einzuholen und zu erteilen, die zur Entscheidung über diesen Antrag und zur Prüfung weiterer Ansprüche wichtig sind und entbinde die auskunftgebenden Stellen von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass die ggf. an Dritte zu leistenden Zahlungen auch weiterhin im Rahmen der Hilfeleistung überwiesen werden (§ 67 SGB X).

Ich weiß, dass ich wegen Betruges bestraft werden kann, wenn ich wissentlich falsche Angaben mache oder Tatsachen dem Sozialamt nicht melde, die für den Bezug von Leistungen nach dem SGB XII wichtig sein können (insbesondere Veränderungen des Einkommens und der Familienverhältnisse oder in der Haushaltsgemeinschaft). Ich bin darauf hingewiesen worden, dass das Sozialamt bei einem Betrug oder Betrugsversuch umgehend Strafanzeige erstatten wird.

Ich weiß, dass ich zu Unrecht gezahlte Leistungen nach dem SGB XII erstatten muss.

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.

Einverständniserklärung:

Soweit ich zuvor Leistungen nach dem SGB II, SGB XII oder BSHG bezogen habe, ermächtige ich den Landkreis Wittmund, Sozialamt, die Leistungs- und Heranziehungsakten bei dem bisher zuständigen Leistungsträger einzusehen.

Sollten die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen stelle ich gleichzeitig für mich bzw. die meinem Haushalt zugehörigen Kinder einen Antrag auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe.

Sofern möglicherweise ein höherer Anspruch auf Wohngeld bzw. Lastenzuschuss besteht, stelle ich hiermit einen entsprechenden Antrag. Mit der Weitergabe dieses Antrages an die Wohngeldstelle bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige den Landkreis Wittmund, Sozialamt, bei Bedarf gem. § 13 SGB X in meinem Namen einen Antrag auf Wohngeld zu stellen.

Hinweis:

Ab 01.01.2012 wird Pfändungsschutz nur noch auf einem Pfändungsschutzkonto (P-Konto) gewährt. Sozialleistungen sind ansonsten sofort in voller Höhe pfändbar. Es wird empfohlen, umgehend ein P-Konto bei Ihrer Bank einrichten zu lassen. Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Hausbank und den Schuldnerberatungsstellen.

Hinweis: Ihr Anliegen kann nur bearbeitet werden, wenn Sie den Vordruck vollständig ausfüllen und alle Belege beifügen.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.

| | |
|--|--|
| Ort, Datum | Ort, Datum |
| Unterschrift des Leistungsberechtigten oder des gesetzlichen Vertreters oder des Betreuers | Unterschrift des Ehe-/Lebenspartners oder des gesetzlichen Vertreters oder des Betreuers |