

Antrag auf Gewährung von

- ☐ Sozialhilfe
- ☐ Kriegsopterfürsorge

Datenschutzhinweis:
Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) erhoben.
Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Bei fehlender Mitwirkung des/der Betroffenen kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§§ 66 SGB I).

Eingangsstempel

Nähere Begründung des Antrages/Ursache der Notlage:

I. Persönliche Verhältnisse											
	a) der nachfragenden Person			b) des Ehepartners (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)		Bei ledigen Minderjährigen hier Angaben über die Eltern					
						Vater		Mutter			
1. Name (ggf. Geburtsname angeben)											
2. Vorname/n											
3. Geburtsdatum, Geburtsort											
4. Telefonnummer											
5. Postleitzahl, Wohnort Straße, Hausnummer (vor Heimaufnahme)											
6. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person in den letzten zwei Monaten vor der Heimaufnahme bzw. vor dem ersten Einrichtungsaufenthalt											
Postleitzahl, Aufenthaltsort				vom		bis		Einrichtung		Sozialhilfebezug	
								☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein	
								☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein	
								☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein	
								☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein	
7. Rechtliche Vertretung	☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter			Name, Anschrift, Telefon (Kopie der Bestellsurkunde/Vollmacht ist beizufügen)							
8. Familienstand wenn geschieden: Name des Gerichts, Datum und Aktenzeichen des Urteils	☐ ledig ☐ verh. ☐ verw. ☐ getr. lebend			☐ ledig ☐ verh. ☐ verw. ☐ getr. lebend			☐ ledig ☐ verh. ☐ verw. ☐ getr. lebend				
seit:				seit:			seit:				
☐ geschieden rechtskräftig seit:				☐ geschieden rechtskräftig seit:			☐ geschieden rechtskräftig seit:				
Unterhaltsvereinbarung erfolgte durch: (Unterlagen beifügen!)	☐ Urteil ☐ gerichtlicher Vergleich ☐ notarieller Vertrag			☐ Urteil ☐ gerichtlicher Vergleich ☐ notarieller Vertrag			☐ Urteil ☐ gerichtlicher Vergleich ☐ notarieller Vertrag				
☐ Verzicht ☐ freie Vereinbarung ☐ keine Unterhaltsregelung				☐ Verzicht ☐ freie Vereinbarung ☐ keine Unterhaltsregelung			☐ Verzicht ☐ freie Vereinbarung ☐ keine Unterhaltsregelung				
9. Erlerner Beruf											
Zuletzt ausgeübter Beruf											
10. Erwerbsbeschränkung oder Arbeitsunfähigkeit - Pflege- bedürftigkeit	erwerbsbeschr./arbeitsunf. ☐ ja ☐ nein		pflegebedürftig ☐ ja ☐ nein	erwerbsbeschr./arbeitsunf. ☐ ja ☐ nein		pflegebedürftig ☐ ja ☐ nein	erwerbsbeschr./arbeitsunf. ☐ ja ☐ nein		pflegebedürftig ☐ ja ☐ nein		
Anerkannte Schwerbehinderung (Kopie des Ausweises beifügen)	Grad der Behinderung			Grad der Behinderung			Grad der Behinderung				
11. Rentenversicherungsnummer											
12. Staatsangehörigkeit / Status	☐ Deutsch ☐ Ausländer ☐ Kriegsopter ☐ Asylant ☐ Spätaussiedler			☐ Deutsch ☐ Ausländer ☐ Kriegsopter ☐ Asylant ☐ Spätaussiedler			☐ Deutsch ☐ Ausländer ☐ Kriegsopter ☐ Asylant ☐ Spätaussiedler				

II. Familienverhältnisse (außer der nachfragenden Person und dem Ehepartner leben noch folgende Personen in deren Haushalt)							
	1	2	3	4	5		
Name (ggf. auch Geburtsname)							
Vorname							
Geburtsdatum							
Familienstand							
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person							
ausgeübte Tätigkeit							
Arbeitgeber oder Art der Rente usw.							
bei Schulbesuch (Klasse, Schulart)							
Unterhaltungspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes (Kinder, Eltern)							
	1	2	3	4	5		
Name							
Vorname							
Geburtsdatum							
Familienstand							
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person							
Anschrift							
ausgeübte Tätigkeit							
III. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen (Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte, z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheid über sonstige Sozialleistungen beifügen.)							
Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antragsteller/in - EUR -	Ehepartner - EUR -	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 1 Nr. II)				
			zu Nr. 1 / EUR	zu Nr. 2 / EUR	zu Nr. 3 / EUR	zu Nr. 4 / EUR	zu Nr. 5 / EUR
Bruttoeinkünfte aus nicht selbständiger Tätigkeit							
Bruttoeinkünfte aus selbst. Tätigkeit (z.B. Gewerbe, Handel, freie Berufe, Land- u. Forstwirtschaft)							
Leistungen des Arbeitsamtes (wöchentl. Leistung: Arbeitslosengeld)							
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung							
Einkünfte aus Kapitalvermögen							
Unterhaltszahlungen (von Angehörigen)							
Kindergeld							
Renten aus der Sozialversicherung ☐ Rente wegen Alters ☐ Rente wegen Berufsunfähigkeit ☐ Betriebsrente ☐ Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ☐ Witwen-/ Witwerrente / Waisenrente ☐ Knappschaftsrente ☐ Unfallrente							
BVG-Rente; falls ja, bitte Teil IX ausfüllen (z.B. Grundrente, Ausgleichsrente)							
Landwirtschaftliches Altersgeld							
Lastenausgleich ☐ Unterhaltshilfe ☐ Entschädigungsrente							
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld)							
Sonstige Einnahmen (Leistungsträger: _____ Az.: _____)							

IV. Schuldverpflichtungen (nicht Hausbelastung)	
☐ nein	☐ ja (Nachweise sind beizufügen) Name der/des Gläubiger/s
	Art der Schuldverpflichtung/en
	Höhe der Verbindlichkeit/en
	monatliche Belastung/en

V. Vermögenswerte (ggf. auch hinsichtlich der weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auf gesondertem Blatt erläutern!)			
a) der nachfragenden Person		b) des Ehepartners - falls minderjährig beider Elternteile -	
Spar- und Bankguthaben ☐ Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben. ☐ Ich habe Spar- oder Bankguthaben (Kontoauszüge etc. beifügen)		Spar- und Bankguthaben ☐ Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben. ☐ Ich habe Spar- oder Bankguthaben (Kontoauszüge etc. beifügen)	
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bargeld ☐ Ich verfüge über kein Bargeld. ☐ Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR		Bargeld ☐ Ich verfüge über kein Bargeld. ☐ Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR	
Haus- und Grundbesitz ☐ Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz ☐ Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz bzw. Anteilseigentum:		Haus- und Grundbesitz ☐ Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz ☐ Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz bzw. Anteilseigentum:	
☐ Ich habe keinen sonstigen Grundbesitz ☐ Ich habe folgenden sonstigen Grundbesitz:		☐ Ich habe keinen sonstigen Grundbesitz ☐ Ich habe folgenden sonstigen Grundbesitz:	
Vertraglich gesicherte Ansprüche ☐ Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte. ☐ Ich habe folgende vertraglich gesicherten Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Pflege): <u>Hinweis:</u> Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizufügen.		Vertraglich gesicherte Ansprüche ☐ Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte. ☐ Ich habe folgende vertraglich gesicherten Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Pflege): <u>Hinweis:</u> Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizufügen.	
☐ Ich habe keine sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Schadenersatzansprüche). ☐ Ich habe folgende sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Schadenersatzansprüche):		☐ Ich habe keine sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Schadenersatzansprüche). ☐ Ich habe folgende sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Pflege):	
Sonstige Vermögenswerte ☐ Ich habe kein sonstiges Vermögen. ☐ Ich habe Vermögenswerte in folgender Form ☐ Wertpapiere ☐ Kraftfahrzeug ☐ wertvolle Sammlungen ☐ Luxusgüter ☐ Lebensversicherung ☐ Bausparvertrag		Sonstige Vermögenswerte ☐ Ich habe kein sonstiges Vermögen. ☐ Ich habe Vermögenswerte in folgender Form ☐ Wertpapiere ☐ Kraftfahrzeug ☐ wertvolle Sammlungen ☐ Luxusgüter ☐ Lebensversicherung ☐ Bausparvertrag	
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? ☐ nein ☐ ja (Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben) Art: ☐ Schenkung ☐ Veräußerung ☐ Übertragung Vorhandene Verträge sind beizufügen.			

VI. Angaben zur Krankenversicherung / Pflegeversicherung			
Derzeit Mitglied einer Krankenkasse?	☐ ja	welche (Anschrift)	Vers.-Nr. ☐ nein
Krankenversichert als	☐ Pflichtmitglied ☐ freiw. Mitglied ☐ Rentenbewerber ☐ Rentner Monatsbeitrag: EUR		
Derzeit Mitglied einer Pflichtversicherung?	familienversichert bei: welche (Anschrift) Vers.-Nr. ☐ nein		
Antrag auf Pflegeversicherung gestellt?	☐ nein ☐ ja (Bescheid vom bitte beifügen)		
Besteht ein Beihilfeanspruch?	☐ ja	bei (Anschrift)	☐ nein

VII. Wohnverhältnisse				
Die nachfragende Person ist Eigentümer eines / einer	☐ Einfamilienhauses ☐ Eigentumswohnung ☐ Zwei- oder Mehrfamilienhauses (Detaillierte Angaben unter Punkt V. erforderlich.)			
	Besteht ein freies Wohnrecht / Nießbrauchrecht? ☐ nein ☐ ja (Kopie des Vertrages ist beizufügen.)			
Mieter	☐ mietähnlich Nutzungsberechtigter ☐ Untermieter bei:			
Die nachfragende Person lebt mit anderen als den in Teil II angegebenen Personen in Haushaltsgemeinschaft	☐ nein ☐ ja, mit:			
Den Mietvertrag haben abgeschlossen:				
Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt?	☐ nein In welchem Monat wird die letzte Mietzahlung erfolgen? ☐ ja			
Beschaffenheit der Wohnung	Besteht ein Mietrückstand? ☐ nein ☐ ja, seit wann: _____, _____ EUR Ist Räumungsklage eingereicht? ☐ nein ☐ ja			
Gesamtwohnfläche	_____ qm	davon untervermietet: _____ qm	☐ nein	Die Wohnung besteht aus _____ Zimmern einschl. Küche
Falls zur Untermiete wohnend	☐ möbliert ☐ unmöbliert	Heizungsart:	☐ Öl ☐ Holz/Kohle ☐ Gas ☐ Strom	
Höhe der monatlichen Miete (Belastung) und der monatlichen Nebenkosten ☐ Mietbescheinigung liegt bei				
Kaltmiete	EUR	Heizkostenpauschale	EUR	Nebenkosten: EUR Art: EUR

VIII. Nicht geklärte Ansprüche	
Sind Ansprüche noch nicht realisiert?	☐ nein ☐ ja, und zwar:
	☐ a. d. Lastenausgleich ☐ aus Krankheit ☐ aus anderen Rechtsgründen, nämlich: ☐ als Kriegsbeschädigter ☐ aus Unfall ☐ a. d. Sozialversicherung ☐ aus Erbsanspruch
Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt / Anspruch geltend gemacht?	

IX. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und Soldatenversorgungsgesetz (SVG)		
Werden / Wurden Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz / Soldatenversorgungsgesetz bezogen?	☐ ja ☐ nein	
Falls Kriegsbeschädigter	Art der Schädigung	GdE in %
Falls Kriegshinterbliebener	☐ Kriegerwitwen ☐ Kriegerwaise	
Versorgungsleistungen	☐ Grundrente ☐ Pflegezulage / Kleiderverschleiß ☐ mit Ausgleichsrente ☐ Elternrente ☐ Berufsschadens- / Schadensausgleich	

Erklärung und datenschutzrechtlicher Hinweis Erklärung der nachfragenden Person/des gesetzlichen Vertreters und des Ehepartners: Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere die Einkommens- und Familienverhältnisse sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als einen Monat dauernde Abwesenheit z.B. Krankenhausaufenthalte, Kuren) sofort unaufgefordert mitzuteilen.
--

PLZ, Ort, Datum	Unterschrift des/der Aufnehmenden	Unterschrift der nachfragenden Person / des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehepartners
-----------------	-----------------------------------	---	------------------------------

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich,

_____ [Name, Geburtsdatum]

Herrn/Frau _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

mich in allen persönlichen und finanziellen Angelegenheiten gegenüber dem Sozialamt und anderen Behörden zu vertreten und rechtsverbindliche Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

1. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe- hat sich das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz oder der von ihm beauftragte örtliche Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang des Leidens und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Sozialhilfe gewährt wird, benötigen die genannten Sozialhilfeträger Auskünfte über die Entwicklung des Leistungsberechtigten, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Bedarf an Betreuung geändert haben kann (etwa wenn die Änderung eines bestimmten Leidenszustandes nach einer gewissen Zeit zu erwarten sein könnte) oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmeabschnitten in der Therapie. In diesem Fall muss der Sozialhilfeträger entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind.

Personen, die dem Sozialhilfeträger solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal der Einrichtung, sofern diese mit der Betreuung des Leistungsberechtigten befasst sind.

Der Leistungsberechtigte hat nach § 60 ff SGB I solche, für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, kann unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I die Sozialhilfeleistung versagt bzw. entzogen werden.

Erklärung des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Pflegedokumentationen, Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich der Sozialhilfeempfänger befindet, in dem o.a. Sinne und Umfang für das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz bzw. dem von ihm beauftragten örtlichen Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesem gegenüber von den genannten Personen abgegeben werden dürfen.

Das gilt ebenso für Berichte / personenbezogene Daten / Gutachten, sonstiger Personen, insbesondere:

- a) der Pflegekasse (Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen)
- b) der Amtsärztin/dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist
- c) sonstigen Ärzten/medizinischen Diensten

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und Feststellung von Umfang/Auswirkung des Leidens bzw. der Behinderung. Das Landesamt bzw. der beauftragte örtliche Träger der Sozialhilfe ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben - z.B. nach dem SGB XII / AGSGB XII Rheinland-Pfalz / SGB X - befugt.

2. Datenschutz

Sollten sonstige Rückfragen bei anderen Behörden, Arbeitgebern, Rentenversicherung oder sonstigen Körperschaften des öffentlichen und privaten Rechts notwendig sein, so werden diese ebenfalls von der Schweigepflicht im Rahmen des Datenschutzes entbunden.

Ort, Datum

Unterschrift

(Leistungsberechtigte/r) (Vertreter/in)

- unzutreffendes bitte streichen -

Antragsteller/in

Geburtsdatum

Adresse

Ergänzender Fragebogen**für die Gewährung von Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII)**

		Raum für amtl. Vermerke
1. Warum erfordert der Zustand des/der Hilfesuchenden häusliche Pflege / vollstationäre Pflege?		
2. Name u. Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin		
3. Ist die Pflege dauernd?	☐ nein ☐ ja	
Ist die Pflege vorübergehend?	☐ nein ☐ ja, voraussichtlich bis	
Pflegegrad	1 2 3 4 5	
Ursache der Pflege		
a) altersbedingt	☐ nein ☐ ja	
b) Krankheit	☐ nein ☐ ja, Art der Krankheit	
c) Behinderung	☐ nein ☐ ja, Art der Behinderung	
d) Unfall	☐ nein ☐ ja, Unfallfolgen	
e) mangelnde Sehkraft	☐ nein ☐ ja ☐ blind ☐ hochgradig sehschwach	
f) sonstiger Pflegegrund		
4. Werden wegen der Pflegebedürftigkeit bereits Leistungen gewährt oder sind solche beantragt?	☐ ja ☐ nein	
	Leistungsträger	
	Geschäftszeichen	
	☐ Pflegegeld, Pflegesachleistung ☐ Rehabilitation	
	☐ mit mtl. EUR	
	☐ gewährt seit	
	☐ erst beantragt am	
5. Reicht häusliche Pflege aus?	☐ ja ☐ nein; wenn nein Begründung	
Wird Anstaltspflege beantragt?	☐ ja ☐ nein; wenn ja Begründung	
Wurden bereits ambulanter Pflegedienste in Anspruch genommen?	☐ ja ☐ nein	
Welcher Pflegedienst?		
6. (Falls häusliche Pflege ausreicht) Durch wen soll sie ausgeübt werden bzw. wird sie ausgeübt?	Die Pflege soll ausgeübt werden durch	
a) durch Haushaltsangehörige/nahestehende Personen (Angaben über Verwandtschaftsverhältnisse oder dgl.)	Name	
	Verw. - verh.	
	Anschrift	
b) in Nachbarschaftshilfe durch	Name	
	Anschrift	

		Raum für amtl. Vermerke
c) durch fremde Pflegekraft; ggf.	Name	
	Anschrift	
	Beruf	
d) durch anerkannter Pflegedienst	Name	
	Anschrift	
7. (falls Anstaltspflege beantragt wird) Welche besonderen Unterbringungswünsche hat der/die Hilfesuchende? (in der Regel soll ein Altenheim vor Ort gewählt werden)		
8. Sollen dem/der Pflegebedürftigen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner/ihrer Beschwerden wirksam beitragen? Gegebenenfalls welche? (Hausärztl. Zeugnis belegen!)		
9. Besondere Begründung des Antrags und sonstige Angaben (Insbesondere ist anzugeben, ob der/die Pflegebedürftige so hilflos ist, dass er/sie für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Pflege voraussichtlich für mindestens sechs Monate bedarf; ob die Pflege bereits durch nahestehende Personen/Familienangehörige, Verwandte, Nachbarn ausgeübt wird und welche Kosten ggf. hierdurch entstehen.)		
PLZ, Ort, Datum Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin		

Kreisverwaltung Mayen-Koblenz
- Sozialamt -
Postfach 20 09 51

56009 Koblenz

Dem Antrag sind beigelegt:

Az.:

Pflegekasse

(Ort, Datum)

Bescheinigung
zur Vorlage beim Kreissozialamt Mayen-Koblenz

Es wird bescheinigt, dass

Herr/Frau

wohnhaft

einen Anspruch auf Auszahlung eines Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI in Höhe von derzeit insgesamt

€

hat, der zur Finanzierung der Restkosten der Kurzzeitpflege von der Pflegekasse abgerufen werden kann.

(Unterschrift des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin der Pflegekasse)

WIRTSCHAFTLICHE BELASTUNGEN DER BEDARFSGEMEINSCHAFT

Name, Vorname des Hilfesuchenden

			Betrag *) mtl. EUR
1. Kosten der Unterkunft			mtl. EUR
1.1 (Kalt-)Miete monatlich (= Miete ohne Nebenkosten)			
1.2 Haus- bzw. Wohnungseigentum			
- Grundsteuer			
- Gebäudeversicherungen			
- Darlehensrückzahlungen Kreditinstitut	Tilgung mtl.	Zinsen mtl.	
1.3 Haus-/Wohnungseigentum bzw. Mietwohnung			mtl. EUR
a) Nebenkosten			
- Wassergeld			
- Kanalgebühren			
- Müllabfuhrgebühren			
- Schornsteinfegergebühren			
-			
-			
b) Sonstige Kosten			
c) Heizung ☐ mit Warmwasser ☐ ohne Warmwasser			
2. Fahrtkosten zur Arbeitsstätte			EUR
2.1 Es werden grundsätzlich nur die Kosten einer Monatskarte mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt			
- Monatskarte für (Name) _____			
- Monatskarte für (Name) _____			
2.2 Ist ein öffentliches Verkehrsmittel nicht vorhanden oder dessen Benutzung unzumutbar, kann auch eine Entfernungspauschale für ein Kraftfahrzeug anerkannt werden. Kurze Begründung, z.B.			
☐ Schichtarbeit			
☐ unregelmäßige Arbeit ☐ _____			
Fahrzeugart _____	Hubraum _____	cm ³	
Kürzeste Entfernung von der Wohnung zur Arbeitsstätte _____			km
Fahrgemeinschaft ☐ ja ☐ nein			

			Betrag *) mtl. EUR
3. Beiträge für Berufsverbände			
4. Versicherungen			
Beiträge für z.B. Alterssicherung, Lebensversicherung, private Kranken-, Pflege-, Unfall-, Sterbegeld- oder Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung			
Zeile	Art der Versicherung *)	Vertragsabschluss am	Versicherungssumme EUR
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Zeile	Bemerkungen (z.B. Laufzeit des Vertrages o.ä.)	Betrag mtl.	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
*) bei Lebensversicherungen auch Begünstigten angeben			
5. Sonstige Belastungen			
(Angaben über die Verpflichtung: Grund, Höhe der Belastung, mtl. Laufzeit)			

Ort, Datum

Unterschrift

*) Wird vom Sozialamt ausgefüllt

Bankauskunftsermächtigung (zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe)

Leistungsberechtigter/Ehegatte

Geburtsdatum

Anschrift

Erklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe.

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug -) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. SGB I) bin ich unterrichtet worden. In bin ferner darüber informiert, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Hilfe übergeleitet werden können und dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich vor Aufnahme der Arbeit gleicher weise dem Träger der Hilfe anzeigen.

Hiermit erkläre ich, folgende Konten oder Vermögenswerte zu unterhalten:

Konto-/Depot-/Versicherungs-Nr.	Einlage / Guthaben / Rückkaufwert (EUR)	Bank / Versicherung (Anschrift)
☐ Giro-/Privatkonto Nr.		
☐ Giro-/Privatkonto Nr.		
☐ Sparkonto/Sparbuch Nr.		
☐ Sparkonto/Sparbuch Nr.		
☐ Raten-/Prämiensparvertrag		
☐ Sparkassenbrief		
☐ Geschäftsanteil		
☐ Wertpapierdepotführung für		
☐ Sonstiges Guthaben		
☐ Lebens-/ Sterbegeldversicherung		

Ich ermächtige und beauftrage hiermit die Geldinstitute bzw. die Anstalten und Versicherungen unter Befreiung vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem Sozialhilfeträger bzw. der Sozialleistungsbehörde weitere Auskünfte, insbesondere über den Kontostand und die Kontobewegungen innerhalb der letzten Jahre zu geben.

Des Weiteren akzeptiere ich, dass der Sozialhilfeträger Anfragen stellen kann, ob weitere Konten und Depots bei Kreditinstituten, auch nicht Genannten, bestehen und das entsprechende Geldinstitut bzw. die Anstalt unter Befreiung vom Bankgeheimnis die erforderlichen Auskünfte erteilen kann.

- ☐ Ich erkläre, dass zu keinen weiteren, als den o.a. Bank-/ Kredit-/ Versicherungsinstituten Geschäftsverbindungen bestehen und akzeptiere eine Nachprüfung meiner Angaben durch den Sozialhilfeträger. Auf meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 60, 66 SGB I wurde ich hingewiesen und habe von den umseitig aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungsberechtigten/Ehegatte
bzw. gesetzlichen Vertreters

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I)

Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält hat,
 1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 (Angabe von Tatsachen, persönliches Erscheinen, Untersuchungen) nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einen Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspielung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.