

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölf (SGB XII)

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII
(unter anderen Erwerbsminderung auf Zeit)**

Hilfe zum Lebensunterhalt ab:

- Grundsicherung im Alter nach dem 4. Kapitel des SGB XII
(ab Erreichen der Regelaltersgrenze)**

Grundsicherung im Alter ab:

- Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII
(volle Erwerbsminderung auf Dauer)**

Grundsicherung bei Erwerbsminderung ab:

Nähere Begründung des Antrags:

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, dass die Richtigkeit der Angaben durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen ist. Angaben zur zweiten Person dürfen Sie nur mit einer Vollmacht selbst ausfüllen. Andernfalls hat die Person selbst den Antrag oder einen gesonderten Vordruck auszufüllen und dies mit seiner/ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie diesen Pflichten nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung nicht gewährt werden.

Die Datenverarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt auf Grund der in den Artikeln 13 und 14 DSGVO näher bezeichneten gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Diese können Sie auch online unter folgendem QR-Code einsehen:



I. Persönliche Verhältnisse

	Antragsteller/in	weitere Person
Familien-/Geburtsname	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vorname(n)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum, Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erwerbsfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beziehung zueinander		...zum/r Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Ehegatte/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in im Sinne des Lebenspartner- schaftsgesetzes (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> andere Art der Beziehung: <input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gegebenenfalls E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand → bitte legen Sie gegebenen- falls eine Kopie des Schei- dungsurteils bei	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ehe (getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (aufgehoben) <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (getrennt lebend) seit: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ehe (getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (aufgehoben) <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (getrennt lebend) seit: <input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voll- oder teilstationäre Unter- bringung (zum Beispiel im Krankenhaus oder in Reha- Einrichtungen) → bitte legen Sie Nachweise vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant am <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant am <input type="text"/>
Schulbesuch oder Ausbil- dungsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit → bitte legen Sie gegebenen- falls einen Nachweis über Ih- ren aufenthaltsrechtlichen Sta- tus bei	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <u>Bei Ausländern zusätzlich:</u> <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigte, Kriegshinterbliebene <input type="checkbox"/> Ausländer, Aussiedler, Staatenlos <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Vertriebene	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <u>Bei Ausländern zusätzlich:</u> <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigte, Kriegshinterbliebene <input type="checkbox"/> Ausländer, Aussiedler, Staatenlos <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Vertriebene

Sind Sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (Pflegekasse)? → bitte legen Sie gegebenenfalls eine Kopie Ihres Pflegegeldbescheids bei	<input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> Beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> Beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Nein
→ bitte legen Sie entsprechende Nachweis vor	Betreuer/in, Vormund oder Vollsorgevollmacht	Betreuer/in, Vormund oder Vollsorgevollmacht
Familienname	_____	_____
Vorname(n)	_____	_____
Straße, Hausnummer	_____	_____
Postleitzahl, Ort	_____	_____
Telefonnummer	_____	_____
gegebenenfalls E-Mail-Adresse	_____	_____

II. Sonstige Personen, die im Haushalt leben

a) Minderjährige Personen

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Familien-/Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Vorname(n)	_____	_____	_____	_____
Geschlecht	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum, Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Verhältnis zum/r Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____
Schulklasse	_____	_____	_____	_____
Derzeitige Tätigkeit	_____	_____	_____	_____

b) Volljährige Personen

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Familien-/Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Vorname(n)	_____	_____	_____	_____
Geschlecht	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum, Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Verhältnis zum/r Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Familienstand	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____
Beruf	_____	_____	_____	_____
Derzeitige Tätigkeit	_____	_____	_____	_____
Voll- oder teilstationäre Unterbringung	_____	_____	_____	_____

III. Unterhaltsberechtigten/-pflichtige Personen außerhalb des Haushalts

a) bei getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten/innen bzw. Lebenspartner/innen

Familien-/Geburtsname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Familienstand	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	
Werden bereits Unterhaltsansprüche geltend gemacht	<input type="checkbox"/> ja → bitte legen Sie einen Nachweis bei (zum Beispiel ein Scheidungsurteil) <input type="checkbox"/> nein

b) bei minderjährigen Kind als Antragsteller/in

	Mutter	Vater
Familien-/Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Staatsangehörigkeit		
Beruf		
Besteht ein Unterhaltstitel → bitte legen Sie einen Nachweis bei (zum Beispiel Urkunden vom Ju- gendamt oder Gerichtsurteile)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

c) bei Erwachsenen als Antragsteller/in

Mutter bereits verstorben

Vater bereits verstorben

keine Kinder

Verfügt eines Ihrer (leiblichen oder adoptierten) Kinder oder eines Ihrer Elternteile über ein jährliches Gesamteinkommen von mind. 100.000 €?	Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Ausgeübter Beruf
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				

Leistungen f. Kinder (zum Beispiel Kindergeld, Kinderzuschlag)	_____ €	_____ €
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	_____ €	_____ €
Land- und Forstwirtschaft	_____ €	_____ €
Leistungen d. Krankenversicherung (zum Beispiel Krankengeld)	_____ €	_____ €
Leistungen d. Pflegeversicherung (zum Beispiel Pflegegeld)	_____ €	_____ €
Vermietung und -pachtung	_____ €	_____ €
Grundrente nach den Bundesversorgungsgesetz (BVG)	_____ €	_____ €
Unfallrente beziehungsweise Verletztengeld	_____ €	_____ €
Leibrente, Leibgeding oder Sachbezüge	_____ €	_____ €
Mutterschafts- oder Elterngeld	_____ €	_____ €
Arbeitslosengeld I nach dem SGB III von der Agentur für Arbeit	_____ €	_____ €
Unterhalt nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)	_____ €	_____ €
Unterhaltsvorschuss nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)	_____ €	_____ €
Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler	_____ €	_____ €
Kapitalvermögen (zum Beispiel Zinsen, Dividenden)	_____ €	_____ €
Leistungen nach dem Lastenausgleichgesetz (LAG)	_____ €	_____ €
BAföG-Leistungen	_____ €	_____ €
Blindengeld	_____ €	_____ €
Unterhaltssicherung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz (USG)	_____ €	_____ €
Übergangsgeld	_____ €	_____ €
Beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche	_____ €	_____ €
Sonstiges:	_____ €	_____ €

b) Vom Einkommen absetzbare Beträge (bitte entsprechende Nachweise vorlegen)

	Antragsteller/in	weitere Person
Krankenversicherung	_____ €	_____ €
Pflegeversicherung	_____ €	_____ €
Rentenversicherung	_____ €	_____ €
Altersvorsorgebeiträge	_____ €	_____ €
Unfallversicherung	_____ €	_____ €
Lebensversicherung	_____ €	_____ €
Sterbegeldversicherung	_____ €	_____ €
Hausratversicherung	_____ €	_____ €
Haftpflichtversicherung	_____ €	_____ €
PKW-Haftpflichtversicherung	_____ €	_____ €
Aufwendungen für Arbeitsmittel	_____ €	_____ €
Beiträge für Berufsverbände	_____ €	_____ €
Beiträge für den Sozialverband VdK	_____ €	_____ €
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle	_____ €	_____ €
Sonstiges:	_____ €	_____ €

c) Vermögen (bitte entsprechende Nachweise vorlegen)

Vermögen (bitte entsprechende Nachweise vorlegen)	Antragsteller/in	weitere Person
Bargeld	_____ €	_____ €
Girokonto (aktueller Stand)	_____ €	_____ €
Wertpapiere, Aktien, Pfandbriefe	_____ €	_____ €
Bank- /Sparguthaben (Sparverträge zum Beispiel vermögenswirksame Leistungen, Bausparverträge)	_____ €	_____ €
Die Höhe der Versicherungssumme der Lebensversicherungen (Rückkaufswert)	_____ €	_____ €
Sterbegeldversicherung	_____ €	_____ €
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (zum Beispiel Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	_____ €	_____ €
Haus- und Grundbesitz	_____ €	_____ €
Staatlich geförderte Altersvorsorge (zum Beispiel Riesterrente)	_____ €	_____ €
Sonstige Forderungen/Ansprüche gegen Dritte	_____ €	_____ €
Sonstiges Vermögen oder Sachwerte (zum Beispiel Kunstgegenstände, Schmuckstücke)	_____ €	_____ €
Wurde Vermögen vor Eintritt der Bedürftigkeit an andere Personen übertragen? (zum Beispiel Schenkung, Übergabevertrag, Altenanteil)	<input type="checkbox"/> Ja, dann geben Sie bitte nähere Angaben auf dem Beiblatt an <input type="checkbox"/> Nein	
Kraftfahrzeuge und andere Fahrzeuge? (bitte legen Sie eine Kopie des Zulassungsbescheinigung Teil I auch Fahrzeugschein genannt bei)	_____ _____ _____	

VI. Mehrbedarf

	Antragsteller/in	weitere Person
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, ich bin in der _____ Woche, dann legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise bei) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ich bin in der _____ Woche, dann legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise bei) <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, dann legen Sie bitte das Formblatt 'ärztliches Attest' bei <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, dann legen Sie bitte das Formblatt 'ärztliches Attest' bei <input type="checkbox"/> nein

VII. Kranken- und Pflegeversicherung

	Antragsteller/in	weitere Person
Zuständige Krankenkasse mit Anschrift:		
Versicherungsnummer:		
Versichert als:	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied, dann bitte die Beitragsrechnung beilegen <input type="checkbox"/> privatversichert, dann bitte die Beitragsrechnung beilegen <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller oder Rentenbezieher <input type="checkbox"/> familienversichert durch	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied, dann bitte die Beitragsrechnung beilegen <input type="checkbox"/> privatversichert, dann bitte die Beitragsrechnung beilegen <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller oder Rentenbezieher <input type="checkbox"/> familienversichert durch
Mitgliedschaftszeitraum:	von bis	von bis
Falls Sie derzeit nicht Mitglied einer Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits kranken- und pflegeversichert?	<input type="checkbox"/> Ja, von bis Bei der <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, von bis Bei der <input type="checkbox"/> Nein

VIII. Kosten der Unterkunft

Sie sind:		
<input type="checkbox"/> Mieter oder mietähnliche Nutzungsberechtigte/r?	<input type="checkbox"/> Bewohner von Haus- oder Wohneigentum?	<input type="checkbox"/> Inhaber eines freien Wohn- oder Nießbrauchsrechts?
Kaltmiete: € Nebenkosten: € Heizkosten: € Sonstige Kosten: € → bitte legen Sie eine Mietbescheinigung bei	→ bitte legen Sie Hausbelastungen/-nebenkosten mit Nachweisen bei	-> bitte legen Sie entsprechende Nachweise bei
Wohngeld	<input type="checkbox"/> ja, Höhe von € <input type="checkbox"/> nein	
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelheizungen <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Holzbriketts <input type="checkbox"/> Kohlebriketts <input type="checkbox"/>	
Der oben genannte Betrag für Heizkosten enthält auch:	<input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Kochenergie <input type="checkbox"/> Warmwasserzubereitung	
Wohnfläche	Insgesamt: m ² davon untervermietet m ² -> Einnahmen €	
Wurde die Miete für das Antragsmonat bereits gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Mietschulden?	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von € <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Schulden für die Energielieferung (wie Strom)?	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von € <input type="checkbox"/> nein	

IX. Besuch einer tagesstrukturierten Einrichtung

	Antragsteller/in
Besuchen Sie eine tagesstrukturierte Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Einrichtung besuchen Sie?	<input type="checkbox"/> Schule der Lebenshilfe <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle <input type="checkbox"/> Förderstätte <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Werkstätte für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> sonstige Einrichtungen: <input type="text"/>

X. Mögliche Ansprüche beziehungsweise beantragte Leistungen (zum Beispiel wegen einem Unfall, Kindergeld, Unterhaltsvorschuss, Erbansprüche, Schadensersatzansprüche, Versorgungs- beziehungsweise Zugewinnausgleich, Beihilfeansprüche, Lohnforderungen, Unterhaltssicherung)

	Antragsteller/in	Weitere Person: <input type="text"/>	Kind(er): <input type="text"/>
Versicherungsträger/Leistungsträger/Sonstige	<input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Arten:	<input type="checkbox"/> Altenrente <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> ausländische Rente <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Bürgergeld nach dem SGB II vom Jobcenter <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I nach dem SGB III von der Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Altenrente <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> ausländische Rente <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Bürgergeld nach dem SGB II vom Jobcenter <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I nach dem SGB III von der Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Altenrente <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> ausländische Rente <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Bürgergeld nach dem SGB II vom Jobcenter <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I nach dem SGB III von der Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/> <input type="text"/>
beantragt am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

XI. Weitere Leistungsbezüge nach dem SGB IX und SGB XII

Beziehen Sie zusätzlich Leistungen:		
- nach dem Fünften Kapitel 'Hilfe zur Gesundheit' des SGB XII (wie zum Beispiel Hilfe bei Krankheit, Schwangerschaft und Mutterschaft)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
- nach dem SGB IX (wie zum Beispiel Eingliederungshilfe durch den Bezirk Oberpfalz)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
- nach dem Siebten Kapitel 'Hilfe zur Pflege' des SGB XII (wenn Sie pflegebedürftig sind, geben Sie bitte den Pflegegrad an: <input type="text"/> und legen Sie, falls noch nicht geschehen, den entsprechenden Bescheid bei)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
- nach dem Achten Kapitel 'Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten' des SGB XII		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
- nach dem Neunten Kapitel 'Hilfe in anderen Lebenslagen' des SGB XII (wie zum Beispiel Altenhilfe, Blindenhilfe, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
Oder haben Sie Ansprüche oder andere Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar folgende: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein	
→ Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise und Bescheide bei		

XII. Bankverbindung

	Antragsteller/in
Empfänger	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

XIII. Hinweise und Erklärungen

Die Erhebung und Verarbeitung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung der Daten sind Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c DSGVO, Art. 4 BayDSG, die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden insbesondere nach Maßgabe des § 118 SG XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch überprüft.

Genauere Informationen zum Thema „Datenschutz“ entnehmen Sie bitte dem Formblatt „Informationspflicht bei der Erhebung von Daten bei der betroffenen Person“, das auch auf der Homepage des Landkreises im Bereich „Soziales & Ehrenamt“ abgerufen werden kann.

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

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich der Sozialhilfeverwaltung anzuzeigen.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens-, und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, die Aufnahme einer Arbeit und alle Änderungen in den Aufenthaltsverhältnissen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (zum Beispiel auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (zum Beispiel auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung (nicht aber deren Höhe) geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 DSGVO) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Datum, Unterschrift des/r Antragstellers/in

Datum, Unterschrift der weiteren Person

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen. Hiermit bestätigen Sie die Richtigkeit.

Datum, Unterschrift des/r Antragstellers/in

Datum, Unterschrift des Aufnehmenden

XIV. Bestätigung der Wohnsitzgemeinde (nur von der Gemeinde auszufüllen)

Ist der/die Antragsteller/in in der angegebenen Wohnung bei Ihrer Gemeinde gemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, dann geben Sie bitte die andere bekannte Meldeadresse an: _____ _____
Sind die Personenstammdaten korrekt angegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, dann geben Sie bitte die richtigen oder fehlenden Daten an: _____ _____
Sind weitere Personen in der Wohnung gemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja, dann geben Sie bitte alle Personen an: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
Hat der/die Antragsteller/in einen Zweitwohnsitz?	<input type="checkbox"/> Ja, dann geben Sie bitte die Adresse des Zweitwohnsitzes an: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Gewerbeanmeldung?	<input type="checkbox"/> Ja, dann geben Sie bitte die Art des Gewerbes und den Anmeldezeitpunkt an: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
Hat die Gemeinde sonstige Erkenntnisse, die für die Entscheidung über den Antrag von Bedeutung sein könnten?	<input type="checkbox"/> Ja, dann legen Sie diese Erkenntnisse bitte kurz dar: _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift



Stempel der Gemeinde