



ÜBERPRÜFUNGSBOGEN/ANTRAG zur Gewährung von existenzsichernden Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

| | | |
|------------|------------------------|-----------------|
| Az: | Mit Wirkung ab: | Eingang: |
|------------|------------------------|-----------------|

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 § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

| Angaben zu den Verhältnissen | 1. Person | 2. Person |
|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| | Antragsteller(in) 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft |
| Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) | | |
| Geburtsdatum und Geburtsort | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit |
| Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein |
| | Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Betreuer(in) | | |
| Mehrbedarf kostenaufwändige Ernährung (bitte Nachweise beifügen) | | |
| Anzahl der Personen in Ihrer Wohnung | | |
| Unterkunfts- und Heizkosten (bitte Nachweise/ Abrechnungen beifügen) | Kaltmiete: _____ € Betriebskosten: _____ € Heizkosten: _____ € Energieträger (z.B. Fernwärme, Gas, Kohle etc.): _____ | |



| | | |
|--|--|--|
| Einkommen (bitte <u>sämtliche</u> Einkommen mit Betrag angeben und Nachweise beifügen) | | |
| Vermögen (bitte Nachweise beifügen, u.a. Kontoauszüge der letzten 3 Monate) | | |
| Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge z.B. Versicherungen (bitte Nachweise beifügen) | | |
| Gegenüber meinem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen! |
| Besuchen Sie regelmäßig ein tagesstrukturierendes Angebot (z.B. WfbM, FBB o.ä.) mit <i>gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung?</i> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie regelmäßig an der <i>gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil?</i> <input type="checkbox"/> ja und zwar in der Arbeitswoche: <input type="checkbox"/> an 5 Tagen <input type="checkbox"/> an 4 Tagen <input type="checkbox"/> an 3 Tagen <input type="checkbox"/> an 2 Tagen <input type="checkbox"/> an 1 Tag <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie regelmäßig an der <i>gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung teil?</i> <input type="checkbox"/> ja und zwar in der Arbeitswoche: <input type="checkbox"/> an 5 Tagen <input type="checkbox"/> an 4 Tagen <input type="checkbox"/> an 3 Tagen <input type="checkbox"/> an 2 Tagen <input type="checkbox"/> an 1 Tag <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|-----------------------|--|----------------|
| Bankverbindung | Girokonto der hilfebedürftigen Person | |
| BIC | IBAN | Kreditinstitut |

Erklärung

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

Die Angaben zur zweiten Personen habe ich ausgefüllt, weil mir eine Vollmacht erteilt wurde; ansonsten hat diese Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

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 die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

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

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.



Wenn und solange ich existenzsichernde 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.

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.

| | 1. Person | 2. Person |
|--------------|------------------|------------------|
| Datum | | |
| Unterschrift | | |