

Antrag auf Grundsicherungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) in besonderer Wohnform



Eingangsstempel

Der SGB XII-Antrag in der besonderen Wohnform wird gestellt durch...		
<input type="checkbox"/> den Betreuer/in , Bevollmächtigte/r unter der Vorlage einer Kopie der Bestellungsurkunde/ Vollmacht		
Name Betreuer		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail
Betreuerausweis vom:		
<input type="checkbox"/> den/die Hilfeempfänger/in bzw. Heimbewohner/in		

Angaben zum /zur Hilfeempfänger/in bzw. Heimbewohner/in		
Antragsteller/in		
Familienname	Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		
<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden, seit <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft		
Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus (bei Ausländern):	
In Deutschland seit Geburt lebend?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, Datum des Zuzugs:	
Sind Sie Spätaussiedler/in?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bitte Kopie des Registrierscheins beifügen	

Mehrbedarfe							
Sind Sie schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Schwerbehindertenausweis beifügen)				<input type="checkbox"/> Nein		
Grad der Behinderung:							
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TBI
Ausweis gültig bis:							
Wurde ein Pflegegrad anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Pflegegeldbescheid beifügen)				<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, welcher Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		

Besteht eine volle Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie wurde diese festgestellt? (bitte Nachweise beifügen)		
<input type="checkbox"/> durch Gutachten der Deutschen Rentenversicherung		
<input type="checkbox"/> im Rahmen eines Rentenantragverfahren		
<input type="checkbox"/>		
Rentenversicherungsnummer:		
Wenn Sie noch keine Rente erhalten: Wurde bereits ein Rentenantrag gestellt?		
<input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweise über die Antragstellung beifügen)		<input type="checkbox"/> Nein

Benötigen Sie eine kostenaufwändige Ernährung aufgrund einer Erkrankung?	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie am gemeinschaftlichen Mittagessen in einer WfbM oder ein Tagesförderstätte teil?	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheinigung der Einrichtung über die Anzahl und ab wann beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine Schwangerschaft vor?	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte Schwangerschaftswoche nachweisen)	<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur besonderen Wohnform / Wohnpflegeheim, indem Sie leben		
Name der Einrichtung		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail
Wohn- und Betreuungsvertrag vom:		

Wo haben Sie vor Aufnahme in die besondere Wohnform (stationäre Einrichtung) gelebt?		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	
Haben Sie dort bereits Sozialleistungen bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja, bis	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: von wem?		
Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am:		

Wird Eingliederungshilfe vom Landeswohlfahrtsverband gezahlt bzw. ist dies beantragt?
<input type="checkbox"/> Ja (Bitte den letzten Bewilligungsbescheid beilegen)
<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung	
Name der Krankenkasse	
Straße, Hausnummer der Krankenkasse	
PLZ der Krankenkasse	Ort der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	
Art der Versicherung	
<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung	
<input type="checkbox"/> Private Mitgliedschaft	Monatlicher Beitrag:
<input type="checkbox"/> Freiwillige Mitgliedschaft	Monatlicher Beitrag:
<input type="checkbox"/> Familienversicherung über	
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung nach § 264 SGB V	

Einkommen im In- und Ausland (bitte Bescheide / Nachweise beifügen)		
Altersrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Waisenrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Betriebs-/Werksrente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Kindergeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Lohn/Gehalt aus der WfbM	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Unterhalt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Arbeitslosengeld I / Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Wohngeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €

Ich habe kein Einkommen.

Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (bitte Nachweise beifügen)		
Privathaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Fahrtkosten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ €

Vermögen (bitte Auszüge / Nachweise beifügen)		
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert 1. Konto: _____ €
	1. Konto	IBAN: _____ Bank: _____
	2. Konto	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert 2. Konto: _____ €
		IBAN: _____ Bank: _____
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert 1. Konto: _____ €
	1. Konto	IBAN: _____ Bank: _____
	2. Konto	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert 2. Konto: _____ €
		IBAN: _____ Bank: _____
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert: _____ €
Wertpapiere / Aktien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert: _____ €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert: _____ €
Lebensversicherung/en	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Rückkaufswert: _____ €
Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Rückkaufswert: _____ €
Riester-Rente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Rückkaufswert: _____ €
Sterbegeldversicherung/en	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Rückkaufswert: _____ €
Grundbesitz (bebaute / unbebaute Grundstücke)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert: _____ €
Ansprüche aus Übergabeverträgen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert: _____ €
Kraftfahrzeug/e	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert: _____ €
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktueller Wert: _____ €

Ich habe kein Vermögen.

Angaben über unterhaltspflichtige Personen (bitte <u>alle</u> angeben)	
Unterhaltsansprüche gegenüber Eltern, minderjährigen und volljährigen Kindern	
1. Person - außerhalb des Haushalts lebende Unterhaltspflichtige:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort
Höhe der laufenden Unterhaltszahlung:	
Ausgeübter Beruf:	
2. Person - außerhalb des Haushalts lebende Unterhaltspflichtige:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort
Höhe der laufenden Unterhaltszahlung:	
Ausgeübter Beruf:	
3. Person - außerhalb des Haushalts lebende Unterhaltspflichtige:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort
Höhe der laufenden Unterhaltszahlung:	
Ausgeübter Beruf:	

Verfügt ein Elternteil über ein jährliches Bruttoeinkommen von über 100.000,00 €?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Name des Elternteils:
Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Bruttoeinkommen von über 100.000,00 €?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Name des Kindes:

Unterhaltsansprüche bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eheleuten/Partnern	
Angaben des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Ehegattin oder des/der Partners/Partnerin aus einer Lebensgemeinschaft:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort
<input type="checkbox"/> Verheiratet seit:	
<input type="checkbox"/> Getrenntlebend seit:	
<input type="checkbox"/> Geschieden seit:	
Erfolgte eine Unterhaltsregelung?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar durch:
<input type="checkbox"/> Urteil	
<input type="checkbox"/> gerichtlicher Vergleich	
<input type="checkbox"/> notariellen Vertrag	
<input type="checkbox"/> freie Vereinbarung	
<input type="checkbox"/> Verzicht	
Bitte fügen Sie dem Antrag alle in diesem Zusammenhang vorhandenen Unterlagen bei (z. B. Scheidungsurteil inkl. des Sitzungsprotokolls, Unterhaltsregelungen, Sorgerechtsregelungen, etc.).	

Bankverbindung	
Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	
Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
Folgende laufenden Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:	
Empfänger	
Betrag	
IBAN	
BIC	
Verwendungszweck	
Folgende laufenden Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:	
Empfänger	
Betrag	
IBAN	
BIC	
Verwendungszweck	
Folgende laufenden Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:	
Empfänger	
Betrag	
IBAN	
BIC	
Verwendungszweck	

Erklärung des / der Hilfesuchenden oder des / der gesetzlichen Vertreter/s/in des / der Hilfesuchenden

Ich / Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben und sowie die Angaben in den ggfs. beiliegenden Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert den Fachbereichen Arbeit und Migration sowie Soziales, Jugend und Senioren des Landkreises Hersfeld-Rotenburg mitzuteilen.

Im Rahmen meiner/unsere Mitwirkungspflichten nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB, 1. Buch) bin/sind ich/wir verpflichtet, die Ärzte, die mich/uns behandeln oder behandelt haben oder denen ich/wir vorgestellt worden bin/sind oder werde/n, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Komme ich/wir meiner/unsere Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages bzw. zur Versagung oder Entziehung der Leistungen führen (§ 66 SGB I).

Mir/Uns ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges erfolgt. Auch der Versuch ist strafbar und wird verfolgt.

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und die Angaben zur Kfz-Halterschaft überprüft werden.

Ich/Wir bin/sind belehrt worden, dass ich/wir umgehend noch die in der Anlage angegebenen Unterlagen vorzulegen habe/n.

(Ort, Datum)	(Ort, Datum)
(Unterschrift -Antragsteller/in-)	(Unterschrift volljähriger Hilfesuchende/r)

Änderungsvermerke/Information

Ich bestätige, dass die Änderungen, die der/die Mitarbeiter/in der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Das Informationsblatt zu Datenschutzhinweisen gem. Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) wurde ausgehändigt.

(Ort, Datum)	(Stempel/Unterschrift)