

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach SGB XII

Eingangsstempel der Behörde:

Hinweis: Damit sachgerecht über Ihren Antrag entschieden werden kann, benötigen wir von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie. Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus. **Nichtzutreffendes ist zu streichen oder anderweitig kenntlich zu machen.** Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der antragstellenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite des Antrages zu bestätigen.

Name(n), Vorname(n)

Für

wird Sozialhilfe beantragt auf

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 Hilfe zum Lebensunterhalt
 Hilfe zur Pflege
 Hilfe nach Kapitel 5, 6, 8, 9

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage, bisherige Einkommens-/Lebenssituation: Wenn der Platz nicht ausreicht - bitte gesondertes Blatt verwenden!

I. Persönliche Verhältnisse:	a) des/der Antragstellers/-in bzw. (1. Person bei Grundsicherung) <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Haushalt	b) des nicht getrennt lebenden Ehegatten/nicht getrennt lebenden Lebenspartners*/Partners der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. (2. Person bei Grundsicherung) Bei unverheirateten minderjährigen Antragstellern hier Angaben über die Eltern/Personensorgeberechtigten. Mutter/Personensorgeberechtigte, Vater/Personensorgeberechtigter	
	1. Name/Geburtsname		
2. Vorname(n)			
3. Geschlecht			
4. Geburtsdatum/-ort			
5. Familienstand (ledig; verh.; verw.; getr. lebend; in eingetr. Lebenspart; eheähnl. Gem.; geschieden seit....)			
6. Staatsangehörigkeit/ aufenthaltsrechtlicher Status			
7. Adresse: Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon (freiwillige Angabe)			
8. Ausweispapiere: Art/Nummer			
9. Betreuer/Vollmachtnehmer (Kopie beifügen)	Name: Anschrift:		
10. Sind Sie voll erwerbsgemindert oder arbeitsunfähig? (Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Grad der Behinderung	GdB:		
12. Schwerbehindertenausweis	Gültig bis: Merkzeichen:	Gültig bis: Merkzeichen:	Gültig bis: Merkzeichen:
13. a) Erhalten Sie Leistungen für ambulante/stationäre Pflege? (Erstbescheid Pflegekasse beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ambulant im Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, stationär im Pflegegrad:		
13. b) ambulanten Pflegedienst (Name; Anschrift)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		
13. c) stationäre Einrichtung (Name; Anschrift) wenn ja, Wohnort vor Heimaufnahme: (Anschrift, PLZ)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		

II. Familienverhältnisse: Außer dem Antragstellenden und seinem Ehegatten/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft/Lebenspartner* leben noch im gemeinsamen Haushalt. Bei mehr als 4 Personen bitte Beiblatt verwenden!

	1	2	3	4
1. Name/Geburtsname				
2. Vorname(n)				
3. Geschlecht				
4. Geburtsdatum /-ort				
5. Familienstand				
6. Staatsangehörigkeit/ aufenthaltsrechtlicher Status				
7. a) Derzeitige Art der Beschäftigung				
b) Derzeitiger Arbeitgeber				
8. Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. behinderte Menschen, Tagesstätte)				

Falls der Antragstellende ein nicht eheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nicht eheliches Kind aufgeführt wird:

9. Name, Vorname des Kindes			
10. Name des/der Unterhaltspflichtigen			
11. Anschrift des/der Unterhaltspflichtigen			
12. Name des Vormundes, Pflegers			
13. Anschrift des Vormundes, Pflegers			
14. Zuständiges Vormundschaftsgericht			
15. Unterhalt pro Monat (in EURO)			
16. Datum/Aktenzeichen des Vollstreckungstitels			
17. In welcher Höhe werden Zahlungen geleistet? (in EURO)			

III. Einkommensverhältnisse des/der Hilfesuchenden und ihrer/seiner Angehörigen (Nachweise über Art/Höhe sämtlicher Einkünfte beifügen!)

Art des Einkommens monatlich (als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen)	antragstellende Person EURO	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner eheähnl. Gem. EURO	sonstige Haushaltsmitglieder (siehe II. Familienverhältnisse)			
			zu Nr. 1 EURO	zu Nr. 2 EURO	zu Nr. 3 EURO	zu Nr. 4 EURO
1. keine Einkünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen usw.)						
3. Leistungen der Krankenkasse						
4. Erträge aus Gewerbe/Freiberuf/Handel						
5. Erträge aus Land- und Forstwirtschaft						
6. Sonstige selbständige Tätigkeiten						
7. Kapitalvermögen						
8. Vermietung/Verpachtung						
9. Sonstige Rente(n)/Pensionen						
10. Wohngeld/Lastenzuschuss						
11. Lastenausgleich						
12. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
13. Kindergeld/Elterngeld/Erziehungsgeld						
14. Unterhaltsleistungen nach dem UVG						
15. Leistungen der Agentur für Arbeit						
16. Leistungen vom Jobcenter (SGB II)						
17. Ausbildungsförderung						
18. Landesblindengeld						
19. Sonstige Einkünfte						

IV. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII) (Bitte Nachweise beifügen!) Wenn der Platz nicht reicht - gesondertes Blatt verwenden!

Ausgaben	antragstellende Person EURO	Ehegatte/Lebenspartner* EURO	zu Nr. 1 EURO	zu Nr. 2 EURO	zu Nr. 3 EURO	zu Nr. 4 EURO
1. keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. auf Einkommen entrichtete Steuern						
3. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (z. B. Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- u. Pflegeversicherung)						
4. öffentliche oder private Versicherung (z.B. Haftpflichtversicherung)						
5. Altersvorsorgebeiträge						
6. zur Erzielung des Einkommens (z.B. Fahrkarte zum Arbeitsplatz)						
7. Sonstige						

*nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

**V. Unterhaltspflichtige Angehörige:
a) bei allen Leistungen nach SGB XII außer Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

	1	2	3	4
1. Name/Geburtsname				
2. Vorname(n)				
3. PLZ, Ort/Ortsteil Straße/Hausnummer				
4. Geburtsdatum				
5. Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
6. Staatsangehörigkeit				
7. Beruf/ausgeübte Tätigkeit				
8. Arbeitgeber (Name/Anschrift)				
9. Jährliches Einkommen des/der Unterhaltspflichtigen in EURO				
10. Wurde auf Unterhalt verzichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
11. Wurden Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
12. titulierte Unterhaltsansprüche (Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
13. Unterhalt wird gezahlt in Höhe von	_____ € <input type="checkbox"/> nein			

b) nur wenn ausschließlich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beantragt wird

	des/der Hilfesuchenden bzw. (1. Person bei Grundsicherung)	des Ehegatten/Lebenspartners*/ Partners der eheähnl. Gem. bzw. (2. Person bei Grundsicherung)
1. Verfügt eines Ihrer Kinder oder ver- fügen Ihre Eltern wahrscheinlich über ein Gesamteinkommen von über 100.000 EURO jährlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie „ja“ angekreuzt haben, tragen Sie bitte unter V. a) Nr. 1-5 weitere Angaben ein)	<i>Nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller ist!</i> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie „ja“ angekreuzt haben, tragen Sie bitte unter V. a) Nr. 1-5 weitere Angaben ein)

VI. Wohnverhältnisse der antragstellenden Person

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche	m ²	davon untervermietet	m ²
Gesamtkosten der Unterkunft:		EURO			
		davon Kaltmiete:	EURO		
		davon Nebenkosten:	EURO		
		davon Heizungskosten:	EURO		
Einnahmen aus Untervermietung:		EURO			
Sind in den angegebenen Beträgen					
• Kosten für Kochfeuerung enthalten?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	EURO		
• Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	EURO		

Soweit Sie selbst Ihr Haus-/Wohneigentum bewohnen, füllen Sie bitte das Formblatt zur Hausbelastung aus.

VII. Sonstiges

1. Mitglied welcher Kranken- und Pflegekasse? (genaue Anschrift) Antragsteller versichert als Monatsbeitrag Familierversichert bei	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner EURO
2. Werden Beiträge zur Arbeiter-/Angestellten-/Rentenversicherung freiwillig entrichtet? Für welches Kalenderjahr wurden zuletzt Beiträge geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Besitzen Sie einen Sozialversicherungsausweis? (Bitte die entsprechende Nummer angeben!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. dem Antrag beifügen
4. Sind Sie Kriegsbeschädigter oder -hinterbliebener? Sind Sie Vater/Mutter eines gefallenen/kriegsvermissten Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Besteht ein Rentenanspruch? Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden? (Bitte Ablehnungsbescheid beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und warum:
6. Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung (auch nach dem altem Recht) bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ Aktenz. von folgender Behörde:

*nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

VIII. Vermögenswerte (Bitte fügen Sie die Nachweise bei!) Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden!						
Jedes Vermögen aufführen, unabhängig ob es im In- oder Ausland vorhanden ist!	antragstellende Person EURO	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner eheähnl. Gem. EURO	sonstige Haushaltsmitglieder (siehe II.)			
			zu Nr. 1 EURO	zu Nr. 2 EURO	zu Nr. 3 EURO	zu Nr. 4 EURO
1. kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spar- oder Bankguthaben in Höhe von:						
Bankinstitut:						
IBAN:						
3. Bargeld in Höhe von:						
4. Ich habe keinen Haus-/Grundbesitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz:						
5. Vertraglich gesicherte Ansprüche: (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf Pflege) Bitte Abschrift des Vertrages beilegen!						
6. Sonstige Vermögenswerte: (z. B. Lebensversicherungen, Bausparverträge, Wertpapiere, Sammlungen, Kraftfahrzeuge usw.)						

IX. Vermögensübertragung (Bitte Nachweise beilegen!)

Wurden in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung Vermögenswerte (z.B. Barvermögen, Haus- oder Grundbesitz usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja: Anlass, Zeitpunkt, Art, Höhe und Empfänger angeben:

Wurden Verträge zu Gunsten Dritter, für den Erlebens- und/oder Todesfall, abgeschlossen? nein ja

X. Nicht geklärte Ansprüche

Glaubt die antragstellende Person oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhielt?

nein ja wenn ja aus dem Lastenausgleich der Sozialversicherung Krankheit Unfall
 Unterhalt anderem Rechtsgrund, nämlich:

Wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

XI. Bankverbindung (Girokonto des/der Hilfesuchenden)

Empfänger:

Kreditinstitut:

IBAN:

Erklärung der antragstellenden Person und seines Ehegatten/Lebenspartners*/Partners der eheähnlichen Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher und unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann.

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, Rente, Krankengeld) geltend gemacht werden können. Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach dem Dreizehnten Kapitel SGB XII wurde ich hingewiesen (zu Unrecht erbrachte Leistungen müssen zurückgezahlt werden!) Ich wurde auf meine Mitwirkungspflicht, die Folge fehlender Mitwirkung und die Grenzen der Mitwirkungspflicht (§§ 60 ff. SGB I – allgemeiner Teil) aufmerksam gemacht. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung versagt werden kann, wenn die zu diesem Zweck erforderlichen Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs.1 SGB I).

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich **jede** Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalte usw. (auch von Haushaltsangehörigen) **unverzüglich** und **unaufgefordert** dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich **vor** Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort melden.

Mir/Uns ist bekannt, dass die erste Person aus dem Sozialhilfeantrag bzw. die antragstellende Person, der Zustellungsbevollmächtigte für alle Personen der Bedarfsgemeinschaft ist, die Leistungen nach dem SGB XII erhalten. Diese Vollmacht gilt für alle kommenden Bescheide. Die Bankinstitute und Behörden ermächtige und beauftrage ich zur Auskunftserteilung über meine Vermögensverhältnisse.

Datenschutz:

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der vorstehenden Daten im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII i. V. m. § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Die Träger der Sozialhilfe sind befugt, Ihre angegebenen Daten, im Rahmen der gesetzlichen Verwendungsregeln, mit anderen Leistungsträgern im Wege des automatisierten Datenabgleiches zu prüfen (§ 118 SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme/n ich/wir im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungspflicht nach dem § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass falls technisch nicht anders möglich, Bescheide und Schreiben in Sozialhilfeangelegenheiten an den Haushaltsvorstand als Empfangsberechtigten gerichtet werden. Über das Widerrufsrecht nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X, dass ein Betroffener der Übermittlung von Sozialhilfedaten widersprechen kann, wenn diese im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung erfolgen, wurde ich informiert.

Die Träger von Sozialhilfe sind befugt, Personen, die Leistungen nach diesem Gesetz beziehen, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs daraufhin zu überprüfen, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (Auskunftsstelle) oder der Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung (Auskunftsstellen) oder anderer Träger der Sozialhilfe bezogen werden oder wurden und in welchem Umfang Zeiten des Leistungsbezuges nach diesem Gesetz mit Zeiten einer Versicherungspflicht oder Zeiten einer geringfügigen Beschäftigung zusammentreffen (§ 118 SGB XII).

Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen zustehenden Rechte gemäß der o.g. DSGVO:

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Landratsamt
Sozial- und Ausländeramt
Amtsleiter
Hausanschrift: 01796 Pirna, Schloßhof 2/4
Postanschrift: 01782 Pirna, Postfach 10 02 53/54
Telefon: 03501 515-4500
E-Mail: sozialamt@landratsamt-pirna.de

Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten:

Hausanschrift: 01796 Pirna, Schloßhof 2/4 (Haus EF)
Postanschrift: 01782 Pirna, Postfach 10 02 53/54
Telefon: 03501 515-1050
Fax: 03501 515-8-1050
E-Mail: datenschutz@landratsamt-pirna.de

Zweck und Rechtsgrundlagen/Empfänger der Daten/Speicherungsdauer

Die Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -weitergabe erfolgt soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Sozialhilfeträgers erforderlich ist. Die Daten werden für die Dauer der Leistungsgewährung und den für die Archivierung geltenden Fristen gespeichert.

Sie haben folgende Datenschutzrechte

Sie können unter o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen (Auskunftsrecht), sie können eine Berichtigung verlangen, wenn nachweislich unrichtige Daten zu Ihrer Person gespeichert sind (Recht auf Berichtigung). Sie haben, unter bestimmten Voraussetzungen, das Recht das Löschen Ihrer Daten zu verlangen (Recht auf Löschung). Ihnen kann unter Umständen ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zustehen (Recht auf Einschränkung der Verarbeitung). Gegebenenfalls haben Sie ein allgemeines Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, dieser Widerspruch ist zu begründen (Widerspruchsrecht). Ihnen kann das Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Beschwerderecht

Sie haben das Recht sich mit einer Beschwerde an den o. g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die örtlich zuständige Behörde ist:

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Bernhard-von-Lindenau-Platz 1
01067 Dresden

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden
Person/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Ehegatten/
Lebenspart.*/P. eheähn. Gem.

Unterschrift des Aufnehmenden

Stand: 08/2018