



Antrag auf Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII

| | | |
|--|--|------------------|
| Sozialhilfe wird beantragt durch Gewährung von: - bitte ankreuzen - | | Eingangsstempel: |
| <input type="checkbox"/> | Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe zum Lebensunterhalt | |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe nach Kapitel 5-9 SGB XII (z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege) | |
| | | Ausgegeben am: |

Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

| 1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen Bei mehr als zwei Personen bitte auf <u>gesondertem Blatt</u> ergänzen! | 1. Person | 2. Person |
|--|--|---|
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| | Antragsteller(in) 1 | 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, auch Geburtsname, Vorname | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort | | |
| Rentenversicherungs-Nr. | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit |
| Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung als Haushaltsvorstand) | | |
| Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status | | |
| Betreuer(in) (Kopie der Bestellsurkunde beifügen) | | |
| Anschrift des/der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) | | |
| Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug , weil | | |

| | | |
|--|---|---|
| Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)? | <input type="checkbox"/> ja (siehe nächste Frage) Wo? _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja (siehe nächste Frage) Wo? _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? | Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung: <input type="text"/> | Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung: <input type="text"/> |
| Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von wem? bis wann ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von wem? bis wann ? |
| Beziehen Sie Leistungen vom Bezirk Unterfranken? Oder sind solche beantragt? | ja, und zwar: _____ ☞ nein stationäre Leistungen (z. B. Behindertenwerkstatt) sonstige Leistungen (z. B. Behindertenfahrdienst) | ☞ ja, und zwar: _____ ☞ nein teilstationäre Leistungen (z. B. Behindertenwerkstatt) sonstige Leistungen (z. B. Behindertenfahrdienst) |

Außer dem Antragsteller/ der Antragstellerin und ihrem Ehegatten / Lebenspartner / Partner in eheähnlicher Gemeinschaft leben noch in der Haushaltsgemeinschaft

| Bei weiteren Personen bitte Beiblatt hinzufügen! | 1. Person | 2. Person | 3. Person | 4. Person |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familienname, auch Geburtsname, Vorname | | | | |
| Geburtsdatum und -ort | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Bei Ausländern: Aufenthaltstitel gültig bis: (Kopie ist vorzulegen) | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller | | | | |
| (bei Kindern) Schule und derzeitige Klasse | | | | |

Lebensunterhalt wird bestritten durch (Nachweise sind vorzulegen, z. B. Lohnabrechnungen oder Leistungsbescheide):

| | Vollzeit Teilzeit | Vollzeit Teilzeit | Vollzeit Teilzeit | Vollzeit Teilzeit |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Erwerbstätigkeit Name und Anschrift des Arbeitgebers | | | | |
| Arbeitslosengeld I monatl. Leistungen i. Höhe von | | | | |
| Arbeitslosengeld II (Jobcenter) monatl. Leistungen i. Höhe von | | | | |
| Rentenbezug monatl. Leistungen i. Höhe von | | | | |
| Sonstige Einkünfte Art der Einkünfte und Höhe der monatl. Leistungen | | | | |

| 2. Unterhalt | | |
|--|--|--|
| | 1. Person (Antragsteller/ -in) | 2. Person nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/ -in ist: |
| Name, Vorname Geburtsdatum derzeit ausgeübter Beruf Ihrer Mutter | | |
| Name, Vorname Geburtsdatum derzeit ausgeübter Beruf Ihres Vaters | | |
| Name, Vorname Geburtsdatum derzeit ausgeübter Beruf 1. Kind | | |
| Name, Vorname Geburtsdatum derzeit ausgeübter Beruf 2. Kind | | |
| Name, Vorname Geburtsdatum derzeit ausgeübter Beruf 3. Kind | | |
| Name, Vorname Geburtsdatum derzeit ausgeübter Beruf 4. Kind | | |
| Bei weiteren Kindern fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei! | | |
| Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituiert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) | <input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituiert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) |
| Falls ja: Familiennamen, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) | | |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin | | |
| 3. Fragen zur Bedarfsfeststellung: <u>Bitte alle Beträge in EUR angeben!</u> | | |
| 3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die <u>nicht</u> in einer stationären Einrichtung leben! - | | |
| Zahl der Personen in der Wohnung: _____ Person(en) | Wohnfläche: _____ m ² | Baujahr des Hauses: _____ |
| Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!): | EUR | |
| davon Kaltmiete: | EUR | |
| Nebenkosten: | EUR | |

| | | |
|---|--|---|
| Enthalten die oben genannten Beträge - Kosten für Haushaltsstrom? | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR | <input type="checkbox"/> nein |
| - Kosten für Warmwasserbereitung? | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR | <input type="checkbox"/> nein |
| - Kosten für Schönheitsreparaturen ? | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR | <input type="checkbox"/> nein |
| - Kosten für den Fernsehempfang über Kabel? falls ja: zählen Sie den Fernsehempfang über Kabel zu Ihren persönlichen Bedürfnissen? | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein |
| Höhe der Einnahmen aus Untervermietung: _____ EUR | <input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer | <input type="checkbox"/> möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer |
| 3.2 Heizkosten - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! - | | |
| Höhe der monatlichen Kosten: _____ EUR | Art der Beheizung: <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstige Art | |
| Enthalten die oben genannten Beträge - Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z.B. Gas)? | <input type="checkbox"/> ja, Höhe: _____ EUR | <input type="checkbox"/> nein |
| - Kosten für Warmwasserbereitung? | <input type="checkbox"/> ja, Höhe: _____ EUR | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.3 Haus-/Wohnungseigentum | | |
| Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten (Heiz- und Betriebskosten) und Belastungen (Darlehen) vorzulegen und nachzuweisen! | | |
| 3.4 Mehrbedarf | 1. Person | 2. Person |
| Schwerbehindertenausweis? (Ggf. Kopie des Ausweises beifügen!) | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein | beantragt am _____ <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 |
| Besteht eine Schwangerschaft? (Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen!) | <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie allein erziehend? | <input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein | |
| Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein |
| 3.5 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!) | | |
| Wo sind Sie versichert? | | |
| Höhe des mtl. Beitrags | | |
| Versichert als | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> privat |
| Wenn Sie derzeit nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert? | <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (Versicherung) Von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (Versicherung) Von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein |
| 3.6 Zusatzbedarf | | |
| Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja, bei welchen und in welchem Umfang? | | |
| Welche notwendigen Kosten sind damit verbunden? | | |

3.7 Einmaliger Bedarf

| | | |
|--|---|---|
| Benötigen Sie Leistungen zur Erstausrüstung für Wohnung? | <input type="checkbox"/> ja, wofür? _____ | <input type="checkbox"/> ja, wofür? _____ |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |

3.8 Besonderer Bedarf (Darlehen für Mietrückstände oder besondere Notlagen)









| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Beantragen Sie derartige Leistungen? | <input type="checkbox"/> ja, wofür? _____ | <input type="checkbox"/> ja, wofür? _____ |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |

4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen, z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

| Bei weiteren Personen bitte Beiblatt hinzufügen! | 1. Person | 2. Person | 3. Person | 4. Person |
|---|--|---|---|---|
| Kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einkommen | Monatl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen | Monatl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen | Monatl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen! | Monatl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen |
| Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM) | | | | |
| Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss) | | | | |
| Gewerbebetrieb | | | | |
| Land- und Forstwirtschaft | | | | |
| Sonstige selbstständige Tätigkeit | | | | |
| Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!) | | | | |
| Wohngeld / Lastenzuschuss | | | | |
| Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente o.ä.) | Datums-/Uhrzeitfeld Textfeld | <input type="text"/> <input type="text"/> | Datums-/Uhrzeitfeld Textfeld | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Betriebsrente / private Rente (z. B. Riesterrente) | | | | |
| Ausländische Renteneinkünfte | | | | |
| Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | | | | |
| Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz | | | | |
| Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | | | | |
| Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) | | | | |
| Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe) | | | | |
| Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Ausbildungsförderung | | | | |
| Unterhalt | | | | |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld) | | | | |
| Steuererstattung | | | | |
| Kapitalerträge (z.B. Zinsen) | | | | |
| Guthaben aus Abrechnungen | | | | |
| Sonstige Einkünfte | | | | |

5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 4 berücksichtigt) **(Bitte Nachweise beifügen!)**

| | | |
|---|---|---|
| Keine absetzbaren Beträge |  |  |
| Ausgaben | Mtl. Betrag | Mtl. Betrag |
| Steuern auf das Einkommen | | |
| Sozialversicherungsbeiträge | | |
| Haftpflichtversicherung | | |
| Hausratversicherung | | |
| Unfallversicherung | | |
| Altersvorsorgebeiträge | | |
| Sterbegeldversicherung | | |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | | |
| Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen (z. B. VDK) | | |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle | _____ km | _____ km |
| Kosten öffentl. Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle | | |
| bei Nutzung eines Kfz zur Arbeitsstelle |  PKW  Motorrad  Mofa |  PKW  Motorrad  Mofa |

6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen **(Bitte Nachweise beifügen!)**

| | 1. Person | 2. Person | 3. Person | 4. Person |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Art des Vermögens (Nachweise sind beizulegen) | Aktueller Vermögenswert | Aktueller Vermögenswert | Aktueller Vermögenswert | Aktueller Vermögenswert |
| Bargeld | | | | |
| Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen) | | | | |
| Wertpapiere / Aktien | | | | |
| Forderungen | | | | |
| Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen) | | | | |
| Haus- / Wohneigentum | | | | |
| Sonstiger Grundbesitz | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Kraftfahrzeug(e) Hersteller, Typ, Baujahr und aktueller KM-Stand | | | | |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente) | | | | |
| Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | | | | |
| Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte | | | | |
| Sonstiges Vermögen | | | | |

7. Vermögensübertragungen

| | | |
|---|--|--|
| Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja, wann? _____ in welcher Höhe? _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja, wann? _____ in welcher Höhe? _____ |
|---|--|--|

8. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

| | | |
|---|---|---|
| Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

9. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Empfänger _____ Bank _____
IBAN DE _____

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 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. 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.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragssteller 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.

Die Hinweisblätter zum Datenschutz habe ich mit dem Antragsformular erhalten.

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

| | | |
|------------|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller / -in / gesetzt. Vertreter / -in | Unterschrift Ehegatte / Lebenspartner / -in |
|------------|---|---|

Der Antrag wurde auf Wunsch gemeinsam im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt:

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Unterschrift Antragsteller / -in | Unterschrift der/ des Aufnehmenden |
|----------------------------------|------------------------------------|

Zur Beantragung der Sozialhilfe/ Grundsicherung werden (soweit im Einzelfall zutreffend) zumindest folgende Unterlagen benötigt:

| <u>Allgemeine Nachweise:</u> | <u>Nachweise über Einkommen:</u> | <u>Nachweise über Vermögen:</u> |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Reisepass/Personalausweis | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld- oder Arbeitslosenhilfebescheid | <input checked="" type="checkbox"/> Kontoauszüge der letzten 3 Monate vollständig und chronologisch geordnet |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung/Grenzübertrittsbescheinigung | <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II bescheid | <input checked="" type="checkbox"/> Sparbücher, vermögenswirksame Leistungen usw. |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunden der Kinder | <input type="checkbox"/> Sperrzeitbescheid | <input checked="" type="checkbox"/> Bausparverträge |
| <input type="checkbox"/> An-/Abmeldebestätigung | <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe-/ Unterhaltsgeldbescheid | <input checked="" type="checkbox"/> Wertpapiere |
| <input type="checkbox"/> Nachweis über Girokontoeröffnung | <input checked="" type="checkbox"/> Lohnabrechnungen der letzten 3 Monate | <input checked="" type="checkbox"/> Lebensversicherungspolice mit Rückkaufwertbestätigung |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung | <input type="checkbox"/> Abrechnung über Weihnachts- und Urlaubsgeld | <input checked="" type="checkbox"/> Versicherungen aller Art |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mietvertrag mit detaillierter Aufschlüsselung über Grundmiete, Betriebskosten und Heizkosten (evtl. Stadtwerkeabrechnung) | <input checked="" type="checkbox"/> Einkommenssteuerbescheid | <input checked="" type="checkbox"/> Immobiliennachweis (Kaufvertrag, Grundbuchauszug, Wohnfläche und Grundstücksgröße) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> Krankengeldbescheid | <input checked="" type="checkbox"/> Eigentumswohnung/eigenes Haus (Zins- und Tilgungsleistungen getrennt, Grundsteuer, Brandversicherung, Wasser-, Kanal-, und Müllabfuhrgebühren, Kaminkehrergebühren) |
| <input type="checkbox"/> Registrarschein/Zuweisung des Bundesverwaltungsamtes/ Spätaussiedlerbescheinigung | <input checked="" type="checkbox"/> Rentenbescheid | <input checked="" type="checkbox"/> Kfz-Brief und -Schein, Kaufvertrag |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anschrift der Unterhaltspflichtigen | <input checked="" type="checkbox"/> Wohngeldbescheid (falls vorhanden) | <input checked="" type="checkbox"/> Abmeldung bzw. Stilllegungsbescheinigung des Kfz/ Vertrag über Verkauf des Kfz |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht/Betreuerausweis | <input type="checkbox"/> Kindergeldbescheid | <input checked="" type="checkbox"/> sonstiges Vermögen: |
| <input type="checkbox"/> Mutterpass | <input type="checkbox"/> Bescheid über Unterhaltsvorschussleistungen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kurzattest über bestehende Erwerbsunfähigkeit | <input checked="" type="checkbox"/> sonstiges Einkommen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entlassungsschein JVA | <input type="checkbox"/> Nachweis Antragstellung über | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anwaltlicher Schriftverkehr über Unterhaltsverfahren | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltstitel | | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Scheidungsurteil | | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nachweis über Krankenversicherung bzw. Bestätigung, dass keine Versicherung möglich ist | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nachweis über Kündigung | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsausweis | | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | Sonstiges: | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Letztes/ aktuelles Mieterhöhungsschreiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Steuer - ID | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datums-/Uhrzeitfeld

Textfeld

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe und Grundsicherung

Erklärung über die Vermögensverhältnisse

Vom Antragssteller ist für jedes Geldinstitut (Bank, Sparkasse, Bausparkasse, Postbank etc.) ein eigenes Formblatt zu verwenden. Die Erklärung ist vom hilfesuchenden, wenn er verheiratet ist, auch von seinem Ehegatten und, wenn er minderjährig und unverheiratet ist, von seinen Eltern auszufüllen und zu unterschreiben. Bei Pflegschaft/ Vormundschaft/ Betreuung ist die Erklärung von dem vom Vormundschaftsgericht bestellten Pfleger/ Vormund/ Betreuer zu erstellen und zu unterschreiben.

Erklärung:

Ich bin/ wir sind darüber belehrt worden, dass ich/ wir gemäß § 60 Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil (SGB I) über meine/ unsere Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäß und vollständige Angaben zu machen habe(n). Von den rückseitig abgedruckten Bestimmungen der §§ 60 und 66 SGB I (Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkungen) sowie § 263 StGB (Betrug) habe(n) ich/ wir Kenntnis genommen. Es ist bekannt, dass unrichtige und unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betrugs nach sich ziehen können, sowie zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzuzahlen sind.

Ich/ wir erklären:

(Name/n)

- Ich/ wir und mein/ unser minderjähriges Kind unterhalte(n)
kein(en) Girokonto, Sparkonto, Postbankkonto, Bausparvertrag,
Prämiensparvertrag, Wertpapierkonten etc. _____
- Ich/ wir und mein/ unser minderjähriges Kind besitze(n) _____
- Mein Pflegend/ Vormund/ Betreuer besitzt _____

bei (Geldinstitut, Bausparkasse) _____
folgendes Vermögen

| | Konto-Nr./ Vertrags-Nr. | Kontoinhaber | Aktueller Konto-stand | |
|---|-------------------------|--------------|-----------------------|---|
| Girokonto | | | | € |
| Sparbuch | | | | € |
| Sparbuch | | | | € |
| Sparbuch | | | | € |
| Sparkassenbrief | | | | € |
| Bundesschatzbrief | | | | € |
| Wertpapierdepot | | | | € |
| Ratensparvertrag | | | | € |
| Prämiensparvertrag | | | | € |
| Bausparvertrag (letzter Jahresauszug liegt bei) | | | | € |

Es wird versichert, dass

- die zuvor gemachten Angaben voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden;
- keine weiteren Konten bei diesem oder einem anderen Geldinstitut geführt werden (gilt nur, sofern keine Ermächtigung für ein weiteres Institut ausgefüllt wird; ggf. liegen weitere Erklärungen bei).

Ich ermächtige und beauftrage hiermit, das obengenannte Institut unter Befreiung vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem Amt für soziale Leistungen der Stadt Aschaffenburg Auskünfte über sämtliche vorhandene Konten einzuholen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auch auf die Kontenbewegungen innerhalb der letzten 6 Monate.

Ort, Datum

Unterschrift des Hilfesuchenden und des Ehegatten,
bei Minderjährigen des Vaters und der Mutter,
bei Pflegschaft/ Betreuung des Pflegers/ Betreuers

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil –

§ 60 SGB I 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.
- Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden

§ 66 SGB I Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 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 Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen 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 Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, 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 oder entzogen 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

§ 263 StGB Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung 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 sechs Monaten bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
1. gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Urkundenfälschung oder Betrug verbunden hat,
 2. einen Vermögensverlust großen Ausmaßes herbeiführt oder in der Absicht handelt, durch die fortgesetzte Begehung von Betrug eine große Zahl von Menschen in die Gefahr des Verlustes von Vermögenswerten zu bringen,
 3. eine andere Person in wirtschaftliche Not bringt,
 4. seine Befugnisse oder seine Stellung als Amtsträger missbraucht oder
 5. einen Versicherungsfall vortäuscht, nachdem er oder ein anderer zu diesem Zweck eine Sache von bedeutendem Wert in Brand gesetzt oder durch eine Brandlegung ganz oder teilweise zerstört oder ein Schiff zum Sinken oder Stranden gebracht hat.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbsmäßig begeht.
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).
- (7) Die §§ 43a und 73d sind anzuwenden, wenn der Täter als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat. § 73d ist auch dann anzuwenden, wenn der Täter gewerbsmäßig handelt.

Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe

s Merkblatt kann nur einen Überblick geben, es ist keinesfalls erschöpfend.)

Sozialhilfe ist eine öffentliche Leistung, auf die jeder Bürger Anspruch hat (Ausnahme: zur Ausreise Verpflichtete oder Asylbewerber). Dieser Anspruch besteht nur, wenn er sich nicht selbst helfen kann oder die erforderliche Hilfe nicht von anderen, besonders von Angehörigen (Unterhaltsverpflichtete, in der Haushaltsgemeinschaft lebende Verwandte oder Verschwägere etc.) oder von Trägern anderer Sozialleistungen (z.B. Sozialversicherungs- und Versorgungsträger, insbesondere Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger) erhält. Verpflichtungen anderer werden hierdurch nicht berührt.

1. Beginn der Sozialhilfe

Die Sozialhilfe setzt ein, sobald der Stadt Aschaffenburg bekannt wird, dass die Voraussetzungen für ihre Gewährung vorliegen, bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung jedoch erst nach Antragsstellung. **Rückwirkende Hilfestellung und Übernahme einer Schuldverpflichtung erfolgt grundsätzlich nicht.**

2. Umfang der Sozialhilfe

2.1. Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Art, Form und Maß der Hilfe richten sich dabei nach den Besonderheiten des Einzelfalles, insbesondere nach der Person des Leistungsberechtigten, der Art seines Bedarfs und den örtlichen Verhältnissen. Ein Mehrbedarf kann anerkannt werden für Alleinerziehung und Schwangerschaft sowie bei Menschen, die die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII erreicht haben oder voll erwerbsgemindert sind und bei denen eine erhebliche Gehbehinderung nach dem SGB IX festgestellt ist. Kranke, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, erhalten einen Mehrbedarf zum Ausgleich.

2.2. Sonstige Leistungen der Sozialhilfe

Sonstige Leistungen werden Personen gewährt, die in einer besonderen Lebenssituation, wie Pflegebedürftigkeit, hohes Alter, Krankheit, Behinderung oder bei besonderen sozialen Schwierigkeiten Unterstützung benötigen.

Ein Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten für eine einfache, den örtlichen Verhältnissen entsprechende Beerdigung kann innerhalb von drei Monaten nach dem Todestag gestellt werden.

2.3. Zusätzliche Möglichkeiten der Hilfe sind

- # Gebührenbefreiung für Fernsehen und Radio durch den Bayerischen Rundfunk
- # Ermäßigungen über den Kulturpass, erhältlich im Bürgerservicebüro der Stadt Aschaffenburg
- # Beantragung des Sozialtarifs bei der Telekom Deutschland GmbH

3. Pflichten des Leistungsberechtigten

3.1. Jeder Leistungsberechtigte muss sein **Einkommen und Vermögen** sowie seine ihm zustehenden Ansprüche gegen Unterhaltsverpflichtete und Dritte (z.B. Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger und ähnliche Stellen), soweit diese im Zeitpunkt der Antragsstellung auch realisierbar sind, zur Beschaffung des Bedarfes für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen einsetzen.

3.2. **Der Leistungsberechtigte ist verpflichtet, seine Angaben im Antrag sorgfältig und vollständig zu machen (insbesondere über Einkommen und Vermögen)** sowie bei der Feststellung seines Bedarfs mitzuwirken. Er muss Unterlagen über seine Angaben vorlegen. Besondere Arten personenbezogener Daten (z. B. Beiträge für Parteien, Gewerkschaften oder Religionsgemeinschaften) dürfen auf den angeforderten Kontoauszügen geschwärzt werden. Die überwiesenen Beträge müssen aber erkennbar bleiben. Der Leistungsberechtigte muss sich unter Umständen einer ärztlichen Untersuchung und Beurteilung unterziehen. Darüber hinaus muss er mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln auf die Beseitigung oder Besserung seiner Lage mitwirken.

3.3. **Werden Leistungen der Sozialhilfe gewährt, so hat der Leistungsempfänger alle Änderungen von Tatsachen, die für die Hilfe maßgebend sind, besonders Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen.** Für geschäftsunfähige oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkte Leistungsberechtigte trifft diese Verpflichtung auch ihre gesetzlichen Vertreter.

3.4. Die **Meldepflicht** erstreckt sich somit auf alle Umstände, die für den Anspruch oder für die Höhe der Leistungen von Bedeutung sind. Sie ist vor allem dann zu erfüllen, wenn sich Veränderungen in den persönlichen, wirtschaftlichen und versicherungsrechtlichen Verhältnissen eines Leistungsberechtigten ergeben, und zwar insbesondere dann, wenn

- # sich die Zahl der Haushaltsangehörigen ändert (z.B. durch Geburt, Tod, Weg- oder Zuzug, Heirat, Scheidung, Getrenntleben, Krankenhaus- oder Heimaufenthalt u.a.),
- # sich das Einkommen der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen ändert durch die Aufnahme oder Wegfall einer Tätigkeit (auch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse), durch Vermietung oder Verpachtung oder durch die Bewilligung von Renten oder ähnlichen Bezügen (einschl. Sachbezügen), die zur Beschaffung des Lebensunterhaltes bestimmt sind,
- # sich der Bestand oder Wert des Vermögens ändert durch Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Vermächtnis oder andere Umstände,
- # Anträge auf Renten oder ähnliche Bezüge, Arbeitslosengeld I oder II, Krankengeld, Kindergeld und ähnliche Leistungen gestellt oder abgelehnt worden sind (dabei ist darauf zu achten, dass die Rechtsmittelfrist gewahrt wird).

Bei Abwesenheit von der Wohnung sowie bei Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalten über den Bewilligungszeitraum/ das Monatsende hinaus hat der Leistungsberechtigte das Amt für soziale Leistungen hiervon rechtzeitig vor der Abwesenheit zu verständigen.

4. Folgen einer Pflichtverletzung, Kostenersatz

4.1. Hat ein Leistungsberechtigter nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung an sich selbst oder seinen unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt, ist er zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe verpflichtet.

4.2. Im Todesfall ist der **Erbe** des Leistungsberechtigten oder seines verstorbenen Ehegatten zum **Kostenersatz** verpflichtet, wobei sich eine Haftung auf den **Nachlass** beschränkt.

4.3. Sind in der Sozialhilfeleistungen Beträge für

- # **die Unterkunft (Miete) oder**
- # **die Krankenkasse (Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung)**

enthalten, so darf der Leistungsberechtigte diese Beträge nur zur

- # **Mietzahlung an den Vermieter bzw.**
- # **Zahlung des Krankenkassenbeitrages an die Krankenkasse verwenden.**

Eine Ausfertigung des Merkblattes habe ich erhalten. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Aschaffenburg, den _____

Unterschrift

Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe

(Merkblatt kann nur einen Überblick geben, es ist keinesfalls erschöpfend.)

Sozialhilfe ist eine öffentliche Leistung, auf die jeder Bürger Anspruch hat (Ausnahme: zur Ausreise Verpflichtete oder Asylbewerber). Dieser Anspruch besteht nur, wenn er sich nicht selbst helfen kann oder die erforderliche Hilfe nicht von anderen, besonders von Angehörigen (Unterhaltsverpflichtete, in der Haushaltsgemeinschaft lebende Verwandte oder Schwägerte etc.) oder von Trägern anderer Sozialleistungen (z.B. Sozialversicherungs- und Versorgungsträger, insbesondere Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger) erhält. Verpflichtungen anderer werden hierdurch nicht berührt.

1. Beginn der Sozialhilfe

Die Sozialhilfe setzt ein, sobald der Stadt Aschaffenburg bekannt wird, dass die Voraussetzungen für ihre Gewährung vorliegen, bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung jedoch erst nach Antragsstellung. **Rückwirkende Hilfestellung und Übernahme einer Schuldverpflichtung erfolgt grundsätzlich nicht.**

2. Umfang der Sozialhilfe

2.1. Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Art, Form und Maß der Hilfe richten sich dabei nach den Besonderheiten des Einzelfalles, insbesondere nach der Person des Leistungsberechtigten, der Art seines Bedarfs und den örtlichen Verhältnissen. Ein Mehrbedarf kann anerkannt werden für Alleinerziehung und Schwangerschaft sowie bei Menschen, die die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII erreicht haben oder voll erwerbsgemindert sind und bei denen eine erhebliche Gehbehinderung nach dem SGB IX festgestellt ist. Kranke, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, erhalten einen Mehrbedarf zum Ausgleich.

2.2. Sonstige Leistungen der Sozialhilfe

Sonstige Leistungen werden Personen gewährt, die in einer besonderen Lebenssituation, wie Pflegebedürftigkeit, hohes Alter, Krankheit, Behinderung oder bei besonderen sozialen Schwierigkeiten Unterstützung benötigen.

Ein Antrag auf Übernahme von Bestattungskosten für eine einfache, den örtlichen Verhältnissen entsprechende Beerdigung kann innerhalb von drei Monaten nach dem Todestag gestellt werden.

2.3. Zusätzliche Möglichkeiten der Hilfe sind

- # Gebührenbefreiung für Fernsehen und Radio durch den Bayerischen Rundfunk
- # Ermäßigungen über den Kulturpass, erhältlich im Bürgerservicebüro der Stadt Aschaffenburg
- # Beantragung des Sozialtarifs bei der Telekom Deutschland GmbH

3. Pflichten des Leistungsberechtigten

3.1. Jeder Leistungsberechtigte muss sein **Einkommen und Vermögen** sowie seine ihm zustehenden Ansprüche gegen Unterhaltsverpflichtete und Dritte (z.B. Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger und ähnliche Stellen), soweit diese im Zeitpunkt der Antragsstellung auch realisierbar sind, zur Beschaffung des Bedarfes für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen einsetzen.

3.2. **Der Leistungsberechtigte ist verpflichtet, seine Angaben im Antrag sorgfältig und vollständig zu machen (insbesondere über Einkommen und Vermögen)** sowie bei der Feststellung seines Bedarfs mitzuwirken. Er muss Unterlagen über seine Angaben vorlegen. Besondere Arten personenbezogener Daten (z. B. Beiträge für Parteien, Gewerkschaften oder Religionsgemeinschaften) dürfen auf den angeforderten Kontoauszügen geschwärzt werden. Die überwiesenen Beträge müssen aber erkennbar bleiben. Der Leistungsberechtigte muss sich unter Umständen einer ärztlichen Untersuchung und Beurteilung unterziehen. Darüber hinaus muss er mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln auf die Beseitigung oder Besserung seiner Lage mitwirken.

3.3. **Werden Leistungen der Sozialhilfe gewährt, so hat der Leistungsempfänger alle Änderungen von Tatsachen, die für die Hilfe maßgebend sind, besonders Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe**

mitzuteilen. Für geschäftsunfähige oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkte Leistungsberechtigte trifft diese Verpflichtung auch ihre gesetzlichen Vertreter.

3.4. Die **Meldepflicht** erstreckt sich somit auf alle Umstände, die für den Anspruch oder für die Höhe der Leistungen von Bedeutung sind. Sie ist vor allem dann zu erfüllen, wenn sich Veränderungen in den persönlichen, wirtschaftlichen und versicherungsrechtlichen Verhältnissen eines Leistungsberechtigten ergeben, und zwar insbesondere dann, wenn

- # sich die Zahl der Haushaltsangehörigen ändert (z.B. durch Geburt, Tod, Weg- oder Zuzug, Heirat, Scheidung, Getrenntleben, Krankenhaus- oder Heimaufenthalt u.a.),
- # sich das Einkommen der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen ändert durch die Aufnahme oder Wegfall einer Tätigkeit (auch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse), durch Vermietung oder Verpachtung oder durch die Bewilligung von Renten oder ähnlichen Bezügen (einschl. Sachbezügen), die zur Beschaffung des Lebensunterhaltes bestimmt sind,
- # sich der Bestand oder Wert des Vermögens ändert durch Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Vermächtnis oder andere Umstände,
- # Anträge auf Renten oder ähnliche Bezüge, Arbeitslosengeld I oder II, Krankengeld, Kindergeld und ähnliche Leistungen gestellt oder abgelehnt worden sind (dabei ist darauf zu achten, dass die Rechtsmittelfrist gewahrt wird).

Bei Abwesenheit von der Wohnung sowie bei Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalten über den Bewilligungszeitraum/ das Monatsende hinaus hat der Leistungsberechtigte das Amt für soziale Leistungen hiervon rechtzeitig vor der Abwesenheit zu verständigen.

4. Folgen einer Pflichtverletzung, Kostenersatz

4.1. Hat ein Leistungsberechtigter nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung an sich selbst oder seinen unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt, ist er zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe verpflichtet.

4.2. Im Todesfall ist der **Erbe** des Leistungsberechtigten oder seines verstorbenen Ehegatten zum **Kostenersatz** verpflichtet, wobei sich eine Haftung auf den **Nachlass** beschränkt.

4.3. Sind in der Sozialhilfeleistungen Beträge für

- # **die Unterkunft (Miete) oder**
- # **die Krankenkasse (Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung)**

enthalten, so darf der Leistungsberechtigte diese Beträge nur zur

- # **Mietzahlung an den Vermieter bzw.**
- # **Zahlung des Krankenkassenbeitrages an die Krankenkasse verwenden.**

Eine Ausfertigung des Merkblattes habe ich erhalten. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Aschaffenburg, den _____

Unterschrift

Datenschutzhinweise

Die Stadt Aschaffenburg erhebt bzw. verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich aufgrund von gesetzlichen Vorgaben oder ggf. mit Ihrer Einwilligung.

Nachfolgend erhalten Sie umfassende Informationen, um Sie über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten aufzuklären:

1. Verantwortlich für die Erhebung bzw. Verarbeitung der personenbezogenen Daten:

Stadt Aschaffenburg
Dalbergstr. 15
63739 Aschaffenburg
Telefon: +49 (0)6021 / 330 0
Fax: + 49 (0)6021 / 330 720
E-Mail: aschaffenburg@aschaffenburg.de

2. Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten:

Stadt Aschaffenburg
-Datenschutzbeauftragter, Herr Dann -
Dalbergstr. 15
63739 Aschaffenburg
E-Mail: datenschutz@aschaffenburg.de
Telefon: +49 (0)6021 / 330 1200

3. Zwecke und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten:

Vollzug des SGB XII, AsylbLG und deren jeweiliger Durchführungsbestimmungen.

Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 DSGVO i. V. m. Sozialgesetzbuch (SGB), speziell SGB XII, AsylbLG, BundesstatistikG

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:

Geldinstitute, Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Landesämter für Versorgung - Rentenauskunftsverfahren, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Gesundheitsämter, Medizinische Dienst der Krankenkassen, Bezirk Unterfranken, Krankenkassen,

Siehe Datenschutzrechtliche Freigabe der AKDB vom 24.07.2008

5. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland:

Entfällt, keine Datenübermittlung an Drittländer

Ergänzende Datenschutzhinweise

Die Stadt Aschaffenburg erhebt bzw. verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich aufgrund von gesetzlichen Vorgaben oder ggf. mit Ihrer Einwilligung.

Nachfolgend erhalten Sie ergänzende Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Stadt Aschaffenburg:

a) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten:

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der einschlägigen Aufbewahrungsfristen gemäß Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 Abs. 2 SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung ggf. auch hinsichtlich Dokumentationspflichten erforderlich ist.

b) Betroffenenrechte:

Es besteht ein

Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten

Recht auf Berichtigung, sofern unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die Stadt Aschaffenburg zunächst, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München, Tel. +49 (0) 89 21 26 72 – 0, E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de

c) Pflicht zur Bereitstellung der Daten:

Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus § Art. 6 Abs. 1a und e DSGVO i. V. m. §60 Abs. 1 SGB I.

Die Stadt Aschaffenburg benötigt Ihre Daten, um (z.B. Ihr Anliegen und Ihre Anträge auf Leistungen nach dem SGB XII, AsylBIG zu bearbeiten).

Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben,

- kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.



Erklärung über behandelnde Ärzte / zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

| | |
|--|--|
| Antragsteller/ -in (Vor- und Nachname): | |
| Anschrift (Straße/Hausnummer und PLZ/Ort): | |
| Geburtstag: | |
| Antrag vom: | |

ERKLÄRUNG:

Ich bin bei diesen Ärzten in Behandlung: *

| Name des Arztes: | Anschrift, Telefonnummer: | In Behandlung seit: | In Behandlung wegen: | Sonstige Bemerkungen: |
|------------------|---------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ich befand mich in den letzten 24 Monaten *

- ☞ Nicht in stationärer Behandlung:
- ☞ In folgender/-n stationär/en Behandlung/en:

| Name der Klinik: | Anschrift und Telefonnummer: | Behandlungszeitraum von / bis: | In Behandlung wegen: | Sonstige Bemerkungen: |
|------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |

* Bei nicht ausreichenden Feldern bitte auf der Rückseite das Feld „Ergänzenden Angaben“ verwenden.

Ich war zuletzt erwerbstätig bei:

| Arbeitgeber/in: | Anschrift und Telefonnum- mer: | Zeitraum von / bis: | Art der Tätigkeit und Wochen- umfang: | Sonstige Be- merkungen: |
|-----------------|--------------------------------------|------------------------|---|----------------------------|
| | | | | |

Ergänzende Angaben:

Hiermit bestätige ich meine Angaben:

Ort/ Datum

Unterschrift Antragsteller/ -in

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

1. Einwilligungserklärung der / des Leistungsberechtigten

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag auf Leistungen der Grundsicherung

() im Alter und bei Erwerbsminderung gem. § 41 Abs. 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

() für Arbeitsuchende

angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen und Auskünfte erhalten darf, die er für die Entscheidung benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige ein, dass die beim Sozialhilfeträger bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen an den Rentenversicherungsträger gesandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder §§ 116 / 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir beauftragten Ärzte und Einrichtungen den mit der Begutachtung meiner Erwerbsminderung beauftragten Ärzten des Rentenversicherungsträgers direkt Auskunft erteilen, sofern sich aus den vorgelegten/eingeholten medizinischen Unterlagen Rückfragebedarf ergibt.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Leistungsberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Leistungsberechtigten

2. Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten ist beigelegt.