Überörtlicher Träger der Sozialhilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit Sachsen-Anhalt	MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Antragsausgabe:	Antragseingang:

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

A N T R A G

auf Leistungen der überörtlichen Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

☐ Existenzsichernde Leistungen in besonderer Wohnform und zwar in Form von:

- ☐ Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)
- ☐ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)

☐ Sonstige Leistungen der Sozialhilfe und zwar in Form von:

- ☐ Hilfe zur Gesundheit (Fünftes Kapitel SGB XII)
- ☐ Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel SGB XII)
- ☐ Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Achtes Kapitel SGB XII)
- ☐ Hilfe in anderen Lebenslagen (Neuntes Kapitel SGB XII)

Beschreibung der Hilfe einschließlich Antragsbegründung bzw. Angaben zur Ursache der Notlage: (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)

_____

_____

_____

_____

_____

Leistungen werden beantragt für (Antragsteller/in):

Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum

Betreuer / Vormund oder Vollmacht: ☐ Nein ☐ Ja, dann bitte Nachweis vorlegen

Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten

Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:

Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten

Bearbeitungshinweise

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 zu bestätigen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs.1 SGB I.

Um Missbräuche zu vermeiden, werden gemäß § 118 SGB XII Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen. Insbesondere kann nach § 93 Abgabenordnung (AO) zur Überprüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzung ein Ersuchen beim Bundeszentralamt für Steuern erfolgen sowie bei Kreditinstituten die in § 93b Abs. 1 AO bezeichneten Daten über Konten und Depots abgerufen werden.

I. Persönliche Verhältnisse

Ggf. zusätzliches Blatt verwenden.	Antragsteller/in	Ehegatte (auch wenn verstorben, geschieden o. getrennt lebend) / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner(in)
Familienname (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum, Geburtsort/Kreis		
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft seit _____ ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft seit _____ ☐ geschieden seit _____ (Urteil beifügen) ☐ getrennt lebend seit _____	
Telefonnummer / E-Mail-Adresse		
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
Antragsteller/in wohnt in einer Antragsteller/in wohnt dort seit	☐ Wohnung im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 1 SGB XII ☐ besonderen Wohnform im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII ☐ anderen Unterbringungsform (z.B. Einrichtung nach § 43a SGB XI) _____ _____	
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (mit Dokument)		
Ausweisdokument mit Nummer	☐ Personalausweis ☐ Reisepass _____	☐ Personalausweis ☐ Reisepass _____
Steuer-ID		
Derzeitige Beschäftigung		
Derzeitiger Arbeitgeber Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
Falls arbeitslos, seit wann?		
Erwerbsminderung/-unfähigkeit	☐ Nein ☐ Ja, dann bitte Rentenbescheid vorlegen	☐ Nein ☐ Ja, dann bitte Rentenbescheid vorlegen
Schwerbehinderung (mit Dokument)	Grad der Behinderung (GdB): ____ Merkzeichen: _____	Grad der Behinderung (GdB): ____ Merkzeichen: _____
Pflegebedürftigkeit und Leistung (Bitte Bescheid beifügen!)	Pflegegrad: ____ Leistung: _____	Pflegegrad: ____ Leistung: _____
Sondennahrung	☐ Nein ☐ Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!	☐ Nein ☐ Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!
Bettlägerigkeit	☐ Nein ☐ Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!	☐ Nein ☐ Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!
Name der Rentenversicherung Versicherungsnummer		
Lebt der/die Antragsteller/in in einer eheähnlichen Gemeinschaft?	☐ Nein ☐ Ja Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht bessergestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII). Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn sie als auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau oder gleichgeschlechtlichen Partnern über eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgeht und sich im Sinne einer gegenseitigen Verantwortungs- und Einstehungsgemeinschaft durch innere Bindungen auszeichnet.	

II. Weitere Personen im Haushalt (z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.)

Ggf. zusätzliches Blatt verwenden.	1.	2.	3.	4.
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Geschlecht				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis / Stellung zum/zur Antragsteller/in				
Staatsangehörigkeit				
Beruf/Beschäftigung				

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

III. Angehörige außerhalb des Haushaltes (Daten zu getrennt lebende/r Ehegatte, geschiedene/r Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Kinder und Eltern eintragen, auch wenn bereits verstorben – dann bitte vermerken)

Ggf. zusätzliches Blatt verwenden.	1.	2.	3.	4.
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Geschlecht				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis / Stellung zum/zur Antragsteller/in				
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)				
Staatsangehörigkeit				
Beruf/Beschäftigung				
Jährliches Gesamteinkommen i.S.d. § 16 SGB IV über 100.000,- €?	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

IV. Unterhaltsansprüche (§ 94 SGB XII)

Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter III. Ziffer _____ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von monatlich _____ Euro.
Gericht: _____ Aktenzeichen: _____ vom: _____

Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter III. Ziffer _____ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von monatlich _____ Euro.
Gericht: _____ Aktenzeichen: _____ vom: _____

Von der Person unter III. Ziffer _____ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von monatlich _____ Euro geleistet.

Von der Person unter III. Ziffer _____ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von monatlich _____ Euro geleistet.

Falls eine Unterhaltsbeistandschaft besteht, Name und Anschrift des Jugendamtes eintragen:

V. Mehrbedarfe (§ 30 und § 42b SGB XII)

Besitzt eine der unter I. eingetragenen Personen einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "G" oder "aG"? Wenn ja, bitte den Ausweis in Kopie beifügen.	☐ Nein ☐ Ja
Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen.	☐ Nein ☐ Ja
Ist eine unter I. eingetragene Person schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterpass oder ein ärztliches Attest beifügen.	☐ Nein ☐ Ja
Benötigt eine der unter I. eingetragenen Personen eine kostenaufwendige Ernährung? Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest oder Anlage MB Sondennahrung beifügen.	☐ Nein ☐ Ja
Nimmt eine der unter I. eingetragenen Personen an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung im Rahmen tagesstrukturierender Angebote im Sinne des SGB IX teil? Wenn ja, bitte die Vereinbarung / den Vertrag mit dem Anbieter der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung beifügen.	☐ Nein ☐ Ja

VI. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

Antragsteller/in	Ehegatte / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner(in)
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer
Es handelt sich um eine ☐ Pflichtversicherung ☐ Familienversicherung über _____ ☐ private Versicherung ☐ freiwillige Versicherung	Es handelt sich um eine ☐ Pflichtversicherung ☐ Familienversicherung über _____ ☐ private Versicherung ☐ freiwillige Versicherung
Versicherungsbeiträge monatlich für Krankenversicherung _____ Euro Pflegeversicherung _____ Euro	Versicherungsbeiträge monatlich für Krankenversicherung _____ Euro Pflegeversicherung _____ Euro

VI. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

☐ Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich als Haushaltsvorstand folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe zu meiner / zu unserer Krankenkasse.

Name der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse

VII. Einkommensverhältnisse des/der Antragsteller/in und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (§ 82 ff. SGB XII)

Es sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf Ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Art und Höhe der Einkünfte und Bezüge sind nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Verdienstabrechnungen, Rentenmitteilungen, Kontoauszüge etc. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.

Art des monatlichen Einkommens **(nichtzutreffendes streichen)**		Antragsteller/in	Ehegatte usw.	Sonstige Haushaltsmitglieder (Siehe unter II.)			
				1.	2.	3.	4.
		Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €
Einkommen aus Arbeit, Ausbildung und Studium	Selbstständige Arbeit						
	Unselbstständige Arbeit						
	13. Monatsgehalt / Weihnachts-/Urlaubsgeld						
	Sonstige Zuwendungen des Arbeitgebers						
	Werkstatteinkommen						
	Krankengeld						
	Verletztengeld						
	Insolvenzgeld						
	BAföG-Leistungen						
	Berufsausbildungsbeihilfe						
	Ausbildungsgeld						
Leistungen im Zusammenhang für Kinder	Mutterschaftsgeld						
	Elterngeld						
	Kindergeld						
	Kindergeldzuschlag						
	Unterhalt						
	Unterhaltsvorschuss						
Soziale Leistungen	Arbeitslosengeld						
	Bürgergeld / Sozialgeld						
	Landesblinden- und Gehörlosengeld						
	Pflegegeld						
	Guthaben aus angesparten Entlastungsbetrag						
	Wohngeld						
	Versorgungsleistungen nach SGB XIV (ehemals BVG)						
	Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz						

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

VII. Einkommensverhältnisse des/der Antragsteller/in und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (§ 82 ff. SGB XII)

	Art des monatlichen Einkommens **(nichtzutreffendes streichen)**	Antragsteller/in	Ehegatte usw.	Sonstige Haushaltsmitglieder (Siehe unter 2.)			
				1.	2.	3.	4.
		Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €
Renten	Altersrente						
	Erwerbsminderungsrente (auch Arbeitsmarktrente)						
	Witwen-/Witwerrente						
	Waisen-/Halbwaisenrente						
	Betriebsrente						
	Landwirtschaftliches Altersgeld						
	Auslandsrente						
	Pension						
	Sonstige Rente:						
Sonstige Einkommen	Kapitalerträge (Zinsen)						
	Miet- und Pachteinnahmen						
	Steuererstattungen						
	Art des Einkommens:						

☐ Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu.

☐ Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu: ☐ freie Verpflegung ☐ freie Unterkunft/Wohnung ☐ sonstige Sachbezüge, und zwar:

Art des Sachbezuges	Begünstigte Person	Monatlicher Wert (ggf. Schätzwert) des Sachbezuges

VIII. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§ 82 SGB XII)

	Art des monatlichen Absetzungsbetrages	Antragsteller/in	Ehegatte usw.	Sonstige Haushaltsmitglieder (Siehe unter II.)			
				1.	2.	3.	4.
		Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €
Abs. 2	Aufwendungen für Arbeitsmittel						
	Fahrkosten zur Arbeitsstätte (Km-Angabe oder Fahrkarte)						
	Beiträge zu Berufsverband						
	Hausratversicherung						
	Haftpflichtversicherung						
	Sterbegeldversicherung						
	Altersvorsorgebeitrag (§ 82 EStG)						
	Sonstige Versicherungen:						
	Sonstige Aufwendungen:						
Abs. 4	Zusätzliche Altersvorsorge auf freiwilliger Basis	☐Nein ☐Ja	☐Nein ☐Ja	☐Nein ☐Ja	☐Nein ☐Ja	☐Nein ☐Ja	☐Nein ☐Ja
	Art und Höhe der Leistung	_____	_____	_____	_____	_____	_____

IX. Vermögenswerte (§ 90 SGB XII

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte (z.B. Forderungen und Nutzungsrechte) mit einer gewissen Wertigkeit; es muss jedes Vermögen – auch das nicht verwertbare – aus dem In- und Ausland angegeben werden, ausgenommen angemessener Hausrat.

Art des Vermögens **(nichtzutreffendes streichen)**	Antragsteller/in	Ehegatte usw.	Sonstige Haushaltsmitglieder (Siehe unter II.)			
			1.	2.	3.	4.
	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €
Bargeld						
Guthaben auf Girokonto						
Kreditinstitut						
Guthaben auf Sparkonto/-buch						
Kreditinstitut						
Wertpapiere						
Kurs-/Nennwert						
Depot(s) (Art der Einlage)						
Kurs-/Nennwert						
Versicherung(en) (Art)						
Rückkaufswert						
Altersvorsorge (Art)						
Rückkaufswert/Wert						
Haus-/Wohneigentum						
Lage, Flur, Flurstück						
Größe in m²						
Anzahl der Wohnungen						
Grundstück(e) / aktuelle Nutzung						
Lage, Flur, Flurstück						
Größe in m²						
davon verpachtet in m²						
Verkehrswert						
Kraftfahrzeug(e) / Typ						
Erstzulassung / km-Stand						
Kennzeichen						
Kaufpreis						
Vertragliche Ansprüche aus:						
Darlehen						
Wohnrecht						
Erbteil						
Überlassung						
Altenteil						
Leibrente						
Vermögensauseinandersetzungen bei Ehepartnern						
Sonstige Vermögensgegenstände:						
Sonstiges Vermögen / Art:						

☐ Bei anderen Banken, Sparkassen oder sonstigen Instituten (auch im Ausland) werden keine weiteren Konten unterhalten.

Hat eine der unter I. und II. aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z.B. Grundbesitz, Bargeld)? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar ☐ Schenkung ☐ Verkauf ☐ Überlassung ☐ Sonstiges: _____

Name, Vorname des Schenkers/Verkäufers/Übergebers			
Name, Vorname des Beschenkten/Käufers/Übernehmers		Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Wert des Vermögens	Art des Vermögens	Zeitpunkt der Schenkung/ Übertragung/Übergabe	Anlass

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

X. Sonstige Verhältnisse des/der Antragstellers/in

Wohnung

Der/die Antragsteller/in ist ☐ Mieter ☐ Untermieter bei _____

☐ Besitzer eines/einer ☐ Einfamilienhauses
☐ Eigentumswohnung
☐ Zwei-/Mehrfamilienhauses

Höhe der mtl. Grundmiete _____ € ☐ Betriebs- und Nebenkosten _____ €
☐ Heizkosten _____ €

Wird Wohngeld bezogen? ☐ Nein ☐ Beantragt ☐ Ja, monatlich _____ €
Wenn ja, Name und Anschrift der Behörde _____
Bewilligungszeitraum von _____ bis _____

Ansprüche

Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten? _____

Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, Name und Anschrift der Behörde _____
Bewilligungszeitraum von _____ bis _____

Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt? ☐ Nein ☐ Ja
Datum der Antragstellung _____ Name der Rentenversicherung _____

Liegt bei einer der unter I. eingetragenen Person ein immaterieller Schaden (Bsp. Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung) vor? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, der Schaden ist entstanden durch ☐ Unfall ☐ Impfung ☐ Gewalteinwirkung
☐ Kriegsereignis ☐ Krankheit ☐ Andere Ursachen
Erläuterung zur Entstehung des Schadens _____
_____
_____
_____

Besteht ein Schadensersatzanspruch? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, Name und Anschrift des Verursachers _____
_____

Glaubt eine unter I. eingetragene Person, weitere noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen bisher noch keine Leistungen bezogen werden? ☐ Nein ☐ Ja
☐ aus dem Lastenausgleich ☐ aus der Sozialversicherung ☐ als Kriegsbeschädigter ☐ aus Unfall
☐ aus Krankheit ☐ aus anderem Rechtsgrund _____
Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

☐ Ich – meine im Haushalt lebenden Angehörigen – habe(n) keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte.

☐ Ich – meine im Haushalt lebenden Angehörigen – habe(n) folgende vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte:
(z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Leibrente oder Pflege) – Vertrag ist beizufügen! –
_____
_____
_____

Aufenthalt

☐ Bei Heim- oder Anstaltsaufnahme oder Aufnahme in einer Pflegefamilie: Wohnung in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme
_____

☐ Angabe aller bisherigen stationären Heimaufenthalte (Zeitraum) _____
_____

☐ Bei Übertritt von einem Heim/Anstalt in ein/e andere/s Heim/Anstalt usw. oder Wechsel der Pflegefamilie: Wohnung vor der erstmaligen Aufnahme _____

☐ Bei Heim- oder Anstaltsentlassung oder Auszug aus Pflegefamilie: Name der letzten Einrichtung oder der Pflegefamilie
_____
Dauer des Aufenthalts _____

☐ Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertritts _____
Auslandsaufenthalt von _____ bis _____
Letzte Wohnung im Ausland _____

XI. Bankverbindung

Die zu gewährenden Sozialhilfeleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

☐ Privatkonto (Bankverbindung untenstehend erfassen) ☐ Einrichtung (Bankverbindung laut Rechnungslegung)

Name des Kreditinstituts	
Name des Kontoinhabers	
IBAN	
BIC	

Hinweise

Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).

Für den Zeitraum des Leistungsbezuges besteht für Leistungsberechtigte die Pflicht, dem Träger der Sozialhilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in den persönlichen Verhältnissen insbesondere Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen sowie jegliche Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).

Zur Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen besteht ferner für Leistungsberechtigte die Pflicht Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des Trägers der Sozialhilfe Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 3 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).

Hat der Träger der Sozialhilfe Leistungen zu erbringen, obwohl Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. Unterhalt, Schenkungen, andere Sozialleistungen) bestehen, geht der Anspruch in Höhe der Leistungen auf den Träger der Sozialhilfe über, ggf. kann der Anspruchsübergang bewirkt werden.

Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Ausland keine Leistungen erhalten. Daher sind geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr nach Deutschland ist konkret nachzuweisen, z.B. durch Vorlage von Reisedokumenten, Fahrplänen, Tankbelegen o. ä. Ohne derartige Nachweise können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

Datenschutz

Mit Unterzeichnung des Antrages wird die Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 sowie Artikel 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bestätigt.

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger oder z.B. an ärztliche Gutachter weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch). Sofern ich mit einer solchen Weitergabe generell nicht einverstanden bin, kann ich der Übermittlung vorab widersprechen.

Schlusserklärung

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch) wurde ich hinreichend belehrt. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen wissentlich falscher bzw. unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen sowie zur Offenbarung personenbezogener Daten (§ 67 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch), soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus dem im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Dies gilt auch für ärztliche Untersuchungsunterlagen, die während des Verfahrens erstellt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

Rechtsverbindliche Unterschrift

Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters	☐ Antrag aufgenommen ☐ Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft	
Datum	Unterschrift des/der Ehegatten / Lebenspartner/in / Lebensgefährte/in (ggf.)	Datum	Unterschrift Sachbearbeiter/in (Behörde)