

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Sozialhilfeleistungen entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1.1 persönliche Angaben

	Antragsteller*in 1 (1. Person)	<input type="checkbox"/> Antragsteller*in 2 (2. Person) <input type="checkbox"/> Ehepartner*in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> eingetragene*r Lebenspartner*in <input type="checkbox"/> nichteheliche*r Lebensgefährte*in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Name		
Vorname		
Ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit: _____
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____
Aktuelle Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
aktuelle Wohn-, Aufenthaltsverhältnisse	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte angeben: Datum des Einzugs: _____ Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte angeben: Datum des Einzugs: _____ Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: _____ _____ _____

Telefon-Nr. (freiwillig)		
Steuer-Identifikations-Nr. (freiwillig)		
Renten-versicherungs-Nr.		
Vertretungs-berechtigte Person (Name, Anschrift) Kopie des Nachweises z.B. Bestellungs-urkunde beifügen	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson
Besteht Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung <p style="text-align: center;">(Nachweis beifügen)</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung <p style="text-align: center;">(Nachweis beifügen)</p>
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____% <p style="text-align: center;">gültig bis: _____</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____% <p style="text-align: center;">gültig bis: _____</p>
SB-Merkzeichen	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme am Mittagessen in einer WfbM (Bestätigung des Anbieters beifügen)	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem vergleichbaren Träger tätig sind: Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem vergleichbaren Träger tätig sind: Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <p style="text-align: center;">(Nachweis vorlegen)</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ <p style="text-align: center;">(Nachweis vorlegen)</p>
Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja --> bitte Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt angeben! <input type="checkbox"/> nein	
Benötigen Sie eine kostenaufwändigere Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen!

weitere Personen im Haushalt - Bei mehr als vier Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!		
	Antragsteller*in 3 (3. Person)	Antragsteller*in 4 (4. Person)
	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Name		
Vorname		
Ggf. Geburtsname		

Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit: _____
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____
Vertretungsberechtigte Person (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson <hr/> Kopie des Nachweises z.B. Bestellungs- urkunde beifügen	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson <hr/> <hr/> <hr/>
Telefon-Nr. (freiwillig)		
Steuer-Identifikations-Nr. (freiwillig)		
Rentenversicherungs-Nr.		
Besteht Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung (Nachweis beifügen)
Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ % gültig bis: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ % gültig bis: _____
SB-Merkzeichen	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Tätigkeit in WfbM / gleichartigem Angebot (Bestätigung des Anbieters)	Regelmäßige Teilnahme am Mittagessen? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein	Regelmäßige Teilnahme am Mittagessen? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis vorlegen)
Benötigen Sie eine kostenaufwändigere Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen!

1.2 frühere Aufenthaltsverhältnisse

<input type="checkbox"/> alle Personen <input type="checkbox"/> Person _____ Zugezogen am _____	Zuzug einzelner Personen: Person _____ am _____ Person _____ am _____
Wurde bereits Sozialhilfe geleistet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Sozialamt in _____ <div style="text-align: right;">Bis _____</div>

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe
 (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z.B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt)

von – bis	In (Zeiten, Orte, lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung	Übergangsinrichtung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung:

Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung:

Bei Übertritt eines außerhalb der Bundesrepublik Deutschland geborenen Leistungssuchenden aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach dem Übertritt

Person	Tag und Ort des Übertritts	Person	Tag und Ort des Übertritts

**Sind Angehörige durch Kriegereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt bzw. verstorben?
 Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?**

Familiename, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand
Familiename, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand

2. Unterhalt

Angaben zu weiteren Angehörigen außerhalb des Haushalts

Es sind keine Angehörigen vorhanden
 (hierzu zählen: Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner*innen oder Lebenspartner*innen)

Es sind nachfolgende Personen vorhanden:

Name, Vorname/ Beruf	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person	Anschrift

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen eine Person? (z. B. geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten*innen 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 tituliert (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)
--	--

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung (bitte Mietvertrag und vorh. Abrechnungen vorlegen)
Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären (Pflege-)Einrichtung leben!

Zahl der Personen im Haushalt:	Wohnfläche: qm	Anzahl der Räume:
Mieter der Wohnung bzw. Räumlichkeit		
Vermieter*in (Name, Anschrift, ggf. Geschäftszeichen)		
Kosten der Unterkunft (monatlich) Kaltmiete: Euro	Gesamtunterkunftskosten (nur im gemeinschaftl. Wohnen/ Wohnform)	
Nebenkosten (ohne Heizung): Euro	Euro	
Monatliche Vorauszahlung für Heizung (ggf. Kunden-Nr. angeben)	<input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung <input type="checkbox"/> mit Warmwasserbereitstellung für: <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Küche zu zahlen an: _____	
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	
Energieart	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Energieausweis für Immobilie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)	
Wurden die Wohnung/ Räume möbliert gemietet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, anfallende Kosten: _____ Euro	
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, entstehende Einnahmen: _____ Euro für: <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> leer	
Wohngeldbezug Miet-/Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, monatlicher Betrag: _____ Euro	bewilligt bis:

3.2 selbstgenutztes Haus-/ Wohneigentum

Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! Zur Bewertung des Haus- und Wohneigentums werden ggf. noch weitere Angaben und Unterlagen benötigt.

3.3 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

	Name der Kranken- und Pflegeversicherung	Versicherungs-Nr.	Art der Versicherung	Mitgliedschaft Von - bis
Person 1			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	

Person 2			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert
Person 3			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert
Person 4			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert

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

	1. Person	2. Person	Weitere Person
<input type="checkbox"/> Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass mein Partner/ meine Partnerin und ich keine Einnahmen erhalten.			
Einkommensart/ Leistung:	Monatlicher Betrag in Euro	Monatlicher Betrag in Euro	Monatlicher Betrag in Euro
Arbeitseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit			
Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit			
Einkommen aus Tätigkeit in einer WfbM/ vergleichbarem Angebot			
Altersrente			
Witwen-/ Witwerrente/ Halbwaisen-/ Waisenrente			
Pension / Versorgungsbezüge			
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (Erstbescheid erforderlich)			
Unfallrente			
Betriebsrente/ Werksrente			
Zusatzrente /Privatrente			
Auslandsrente (wenn ja, bitte Anlage ausfüllen)			
Sonder- / Weihnachtzuwendung			
Erträge aus Kapitalvermögen: <input type="checkbox"/> Miet-/Pachteinnahmen <input type="checkbox"/> Zinsen, Dividende etc.			
Steuererstattung			
Unterhaltszahlung von Angehörigen			
Wohngeld (WoGG)			
Leistungen für Kinder: Kindergeld: <input type="checkbox"/> wird weitergeleitet, <input type="checkbox"/> nicht weitergeleitet, Elterngeld			
Leistungen für hochgradig Seh- oder Hörbehinderte			
Blindengeld			

Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Soldatenversorgungsgesetz (SVG)			
Leistungen der Pflegekasse			
Beihilfeanspruch nach Beamtenrecht			
Weitere Sozialleistungen: <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II <input type="checkbox"/> Arbeitsförderung SGB III <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe SGB IX			
Unterhaltshilfe/ Entschädigungsrente			
Privatrechtliche Ansprüche (Zahlung aus Verträgen z. B. Leibrente, Wohnrecht)			
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche (z. B. kostenfreie Unterkunft, Verpflegung)			
Sonstige Einnahmen:			
Weitere Leistungen/ Hilfen beantragt:			

5. Versicherungen und laufende Zahlungsverpflichtungen von Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin
(Bitte Nachweise beifügen)

Art der Versicherung bzw. Zahlungsverpflichtung	Versicherungsgesellschaft bzw. Zahlungsempfänger	Beitrag in Euro
keine laufenden Ausgaben	<input type="checkbox"/>	
Zusatzbeitrag zur freiw. Krankenversicherung		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Hausratversicherung		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Haftpflichtversicherung		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Lebensversicherung/ Sterbeversicherung		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Freiwillige Altersvorsorge		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Gewerkschaftsbeitrag		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Weitere Ausgaben:		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

Nur bei Einkünften aus nichtselbstständiger Tätigkeit:

Entfernung Wohnadresse zur Arbeitsstelle	_____ km	
---	----------	--

Kosten öffentlicher Verkehrsmittel für Weg zur Arbeitsstelle:	<input type="checkbox"/> Linienbus <input type="checkbox"/> Bahn	<input type="checkbox"/> Kosten i.H.v. _____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	

6. Vermögen von Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin
(Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____ €		
Sparguthaben	IBAN/ Kontonummer und Kreditinstitut	Betrag		
Girokonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Sparkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Sparkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Festgeldkonto/ Tagesgeldkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Genossenschafts- konto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Hinterlegte Kautions (z. B. bei Vermieter) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Sonstige Konto- guthaben z. B. bei Zahlungsdienst- leistern (Paypal,...) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Wurden Konten in den letzten 10 Jahren aufgelöst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€		
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	fällig am
Riester-Rente/ Rürup-Rente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			€	
Sonstige freiwillige Altersvorsorge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Altersvorsorge	Anbieter	Betrag	fällig am
			€	
Kapitallebens-/ Rentenversiche- rung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
1.			€	€
2.			€	€
Unfallversicherung mit Rückkaufswert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
			€	€

Sterbeversicherung Lebens- versicherung auf den Todesfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
1.				€	€
2.				€	€
Bestattungs- vorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unternehmen/ Institut			Betrag
					€
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unternehmen/ Institut			Betrag
					€
Sonstige Wertanlagen (Bausparvertrag, Wertpapiere)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
1.				€	€
Sonstige Forderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bezeichnung Ihrer Forderung (z.B. aus Darlehen, Pflichtteil, Erbe, Schmerzensgeld, Schadensersatz)	Name und Anschrift des Schuldners		Betrag
1.					€
2.					€

Besitzen Sie Haus- oder Grundeigentum? ⇒ Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen ⇒ Es werden ggf. weitere Angaben/ Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Büro- Geschäftshaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Wohn-/Geschäftshaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/> Sonstiges:
---	--	---	---

Anschrift:

Besteht sonstiger Grundbesitz? ⇒ Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen ⇒ Es werden ggf. weitere Angaben/ Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Bauland <input type="checkbox"/> Garten-/Ackerland	Grundstücksfläche: _____ qm
---	--	--	---------------------------------------

Anschrift:

Kraftfahrzeug(e) (Kopie Fahrzeugschein/ Zulassungsbescheinigung Teil 1 und aktuelles Wertgutachten beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen: Baujahr:	Typ: Modell: Kilometerstand: <div style="text-align: right;">km</div>
--	--	--	---

Haben Sie vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen oder haben Sie auf Wohnrecht bzw. sonstige Rechte verzichtet?

ja, innerhalb der letzten 10 Jahre ja, vor über 10 Jahren nein

Sollten Sie die Frage mit „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Name und Anschrift der begünstigten Person	Art der Zuwendung	Betrag
		€
		€

(Bitte fügen Sie bei Immobilienübertragungen den notariellen Vertrag und einen aktuellen Grundbuchauszug bei)

Vertragliche Rechte

Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren...

ein unentgeltliches Wohnrecht? ja nein

ein Nießbrauchrecht/ Pflegerecht? ja nein

eine Leibrente? ja nein

(Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor z. B. Verträge, Urteile, Grundbuchauszüge)

7. Evtl. zu gewährende Geldleistungen sind an folgende Empfänger zu zahlen:

Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an:

Pfändungsschutzkonto? ja nein

IBAN:	
Name und Sitz des Geldinstituts:	
Name, Vorname Kontoinhaber:	

Angaben bei Direktzahlung an Dritte:

Sie haben auch die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen eine Direktzahlung an andere Personen zu beantragen. Dies kann hilfreich sein, um vertragliche Verpflichtungen rechtzeitig zu erfüllen wie z. B. Zahlungen für Unterkunftskosten. Hierfür sind weitere Angaben erforderlich. Der Zahlungsempfänger kann später auch von Ihnen für zukünftige Zahlungen wieder geändert werden, sofern Sie uns dies frühzeitig in Schriftform mitteilen.

Für folgende SGB XII-Leistungen beantragen Sie hiermit eine Direktzahlung an den Empfänger, den Sie im Folgenden angeben. Gleichzeitig erklären Sie sich damit einverstanden, dass z. B. für Rückfragen Kontakt zum Empfänger der Zahlung aufgenommen werden darf.

Leistungen für Unterkunft und Heizung sind zu zahlen an:

IBAN:	
Name, Sitz des Geldinstituts:	
Name, Vorname Kontoinhaber:	
Anschrift Kontoinhaber:	

Leistungen für _____ sind zu zahlen an:

IBAN:	
Name, Sitz des Geldinstituts:	
Name, Vorname Kontoinhaber:	
Anschrift Kontoinhaber:	

E r k l ä r u n g der antragstellenden Personen

Den Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Leistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).

Ich wünsche noch Beratung und Unterstützung zu meiner persönlichen Situation oder habe weiteren Informationsbedarf.

Ich bevollmächtige meine*n Ehegatten/ Ehegattin/ Lebenspartner bzw. Partner*in der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Bescheiden und entsprechenden Geldleistungen.

Datum	Unterschrift 1. Person bzw. vertretungsberechtigte Person
Datum	Unterschrift 2. Person bzw. vertretungsberechtigte Person

Hinweise über die Erhebung und Verarbeitung ihrer persönlichen Daten gemäß Art. 13 EU Datenschutzgrundverordnung sowie über die ihnen dabei zustehenden Rechte

1. Verantwortliche Stelle	2. Datenschutzbeauftragte
Stadt Gladbeck Der Bürgermeister Ulrich Roland Amt für Soziales u. Wohnen Wilhelmstr. 8 45964 Gladbeck	Datenschutzbeauftragte der Stadt Gladbeck Willy Brandt Platz 2 45964 Gladbeck Telefon +49 (0) 2043 992621 Fax +49 (0)2043 99172621 Mail datenschutz@stadt-gladbeck.de

3. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Stellen Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), erheben wir Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Diese Angaben benötigen wir zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung. Bezüglich ärztlicher Unterlagen wird eine gesonderte, widerrufbare Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Ihnen gefordert. Bezüglich der Auskünfte von Banken kann eine gesonderte, widerrufbare Befreiung vom Bankgeheimnis von Ihnen gefordert werden.

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung personenbezogener Daten sind die §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 DSGVO. Sozialdaten dürfen an die in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch genannten Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen. Ein regelmäßiger Datenabgleich erfolgt gem. § 118 SGB XII mit den darin genannten Stellen. Zur Beurteilung der Auswirkungen des SGB XII und seiner Fortentwicklung wird nach §§ 121 ff SGB XII eine Bundesstatistik über Leistungen und Empfänger geführt. Die zu meldenden Erhebungsmerkmale ergeben sich ebenfalls aus der genannten Rechtsgrundlage. Darüber hinaus können wir zur Erfüllung unserer gesetzlichen Mitteilungspflicht Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln (z. B. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zuvor darüber informieren.

4. Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten folgenden externen Dienstleisters:

-OHNE-

5. Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks.

6. Ihre Betroffenenrechte

- Auskunft über ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Jederzeitiger Widerruf von erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO)

Die Betroffenenrechte können hier geltend gemacht werden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211/38424-0 / Fax: 0211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Merkblatt zu den Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, Personen zu unterstützen, die vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sind, mit eigenen Kräften und Mitteln eine sozialhilferechtlich, bedeutsame Notlage zu beseitigen. Zu diesem Zweck werden die in § 8 SGB XII aufgeführten Leistungen der Sozialhilfe erbracht:

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII ist Personen zu leisten, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können. Bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern sind das Einkommen und Vermögen beider Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam zu berücksichtigen; gehören minderjährige unverheiratete Kinder dem Haushalt ihrer Eltern oder eines Elternteils an und können sie den notwendigen Lebensunterhalt aus ihrem Einkommen und Vermögen nicht beschaffen, sind auch das Einkommen und das Vermögen, der Eltern oder des Elternteils gemeinsam zu berücksichtigen.

Aber: Personen, die nach dem SGB II als Erwerbsfähige (grundsätzlich alle Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) oder als Angehörige dem Grunde nach leistungsberechtigt sind, erhalten keine Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder das 18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können. Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners, die dessen notwendigen Lebensunterhalt übersteigen, sind zu berücksichtigen.

Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII

Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen werden nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII geleistet, soweit den Leistungsberechtigten, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels SGB XII nicht zuzumuten ist.

Vergünstigungen

Bei der Inanspruchnahme verschiedener städtischer Dienstleistungen können Sie auf Antrag Zahlungsermäßigungen oder -befreiungen (z. B. Hundesteuer, verschiedene Verwaltungsgebühren, Kindergartenbeiträge, und Entgelte für Freibad, Hallenbad, Musikschule, VHS oder Stadthalle) erhalten. Ebenso halten andere Behörden (z. B. Telekom AG) oder sonstige caritative Vereinigungen (z. B. Gladbecker Tafel) Vergünstigungen für Berechtigte bereit. Als Nachweis dient die „Gladbeck-Card“, die Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen ausgestellt werden kann.

Weiterhin können Sie mit einem Leistungsbescheid auch die Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht direkt vom Beitragsservice der ARD, ZDF und Deutschlandradio, 50656 Köln, veranlassen.

Pflichten der nachfragenden Personen und der Leistungsberechtigten

Die Leistungen der Sozialhilfe dienen nach § 18 SGB XII der Abwendung einer gegenwärtigen Notlage. Sie werden grundsätzlich nicht rückwirkend erbracht. Sollen daher Leistungen vom Amt für Soziales und Wohnen erbracht werden (z. B. einmalige Leistungen), sind diese rechtzeitig zu beantragen. Wird der geltend gemachte Bedarf durch Eigenmittel oder durch Leistungen Dritter abgedeckt, ist eine Leistungserbringung nicht mehr möglich.

Grundsätzlich muss jede nachfragende Person vor Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe ihre Arbeitskraft, ihr Einkommen und ihr Vermögen einsetzen.

Ansprüche gegen unterhaltspflichtige Angehörige und andere Dritte (z.B. Versicherungsträger, Arbeitgeber, Schadensersatzpflichtige und andere Stellen) sind geltend zu machen, um eine Notlage zu beseitigen oder zu mildern.

Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat nach § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) insbesondere

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen;
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärung abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen. Diese Mitteilungspflicht bezieht sich in erster Linie auf die in den häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Leistungsberechtigten eingetretenen Veränderungen. Sie ist auch dann zu erfüllen, wenn der Leistungsberechtigte der Meinung ist, dass die Änderung auf die Sozialhilfe keinen Einfluss hat.

Eine Mitteilungspflicht besteht insbesondere, wenn

- der/die Leistungsberechtigte und die mit ihm/ihr im Haushalt lebenden Personen Einnahmen erzielen. Die Mitteilungspflicht ist auch zu erfüllen, wenn die Einnahmen nur vorübergehender Natur sind. Sie besteht auch dann, wenn es sich um Einnahmen aus geringfügiger Tätigkeit handeln, die von der Steuer und/ oder Beitragspflicht zur Sozialversicherung befreit sind. Der Mitteilungspflicht unterliegt jede Art von Einnahmen (z.B. durch Vermietung, Zufluss von Renten, Pensionen, Treuegeldern, Abfindungen, Entschädigungen, Darlehen, durch Eingang rückständiger Forderungen, durch Lotteriegewinn, Erbschaft usw.). Dem Amt für Soziales und Wohnen ist ebenfalls der Bezug von Naturalleistungen (Wohnung, Kost) oder die Entstehung einer Forderung gegen einen anderen mitzuteilen.
- eine Bewilligung und Änderung von Renten, Wohngeld, Leistungen der Versorgungskassen usw. eintritt;
- Sie oder ein Mitglied der Haushaltsgemeinschaft den Haushalt verlässt (z.B. bei Tod, Trennung o. ä.). Dies gilt auch, wenn die Abwesenheit nur vorübergehend ist (z.B. Krankenhausaufenthalt, Kuraufenthalt, Besuchsreise u. a.).
- eine weitere Person in den Haushalt aufgenommen oder sonst eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft begründet wird;
- sich Mietänderungen ergeben;
- ein Rechtsbehelf oder ein Rechtsmittel (z.B. Widerspruch, Klage, Berufung) gegen Entscheidungen anderer Sozialleistungsträger eingelegt wird;
- Sie eine Jahresabrechnung über Mietnebenkosten und Heizkosten erhalten haben;
- ein Wohnungswechsel beabsichtigt ist.

Bei Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII (Grundsicherung) ist ferner mindestens einmal jährlich ein Wiederholungsantrag, nach Aufforderung, zu stellen.

Ist ein Umzug beabsichtigt, ist **vor Abschluss des Mietvertrages** die Zustimmung zum Umzug zu beantragen. Nur wenn ein Umzug gerechtfertigt und die neue Wohnung angemessen ist, wird die tatsächliche Miete anerkannt.

Ist der/die Hilfeempfänger/in geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt, trifft diese Mitteilungsverpflichtung seinen/ihren gesetzlichen Vertreter!

Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers

- zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer notwendiger Maßnahmen persönlich bei der Behörde erscheinen (§ 61 SGB I).
- sich medizinischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit dies für die Entscheidung über die Leistungen erforderlich ist (§ 62 SGB I).

Mitwirkungspflichten entfallen nur dann, wenn ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Frage kommenden Sozialleistung steht, wenn sie dem Betroffenen nicht zugemutet werden können oder wenn sich der Leistungsträger die erforderlichen Kenntnisse mit einem geringeren Aufwand beschaffen kann. Darüber hinaus können Angaben, die den Leistungsberechtigten oder ihm nahestehenden Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung oder eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens aussetzen, verweigert werden (§ 66 SGB I).

Folgen fehlender Mitwirkung

Sind aufgrund unterlassener oder falscher Angaben Leistungen zu Unrecht bezogen worden, sind die gewährten Hilfen zu erstatten. Gleiches gilt, wenn die Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen nicht oder nicht rechtzeitig mitgeteilt worden sind. Weiterhin wird geprüft, ob möglicherweise auch der Straftatbestand des Betruges gem. § 263 des Strafgesetzbuches (StGB) vorliegt.

Kommt jemand seinen Mitwirkungspflichten nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches I (§§ 60-67) oder nach den Bestimmungen des 12. Sozialgesetzbuches nicht nach, muss er damit rechnen, dass eine mögliche oder schon gewährte Hilfe ganz oder teilweise versagt bzw. eingestellt wird.

Zum Ersatz der Kosten der Grundsicherung oder Sozialhilfe ist verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe an sich selbst oder an seine unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grobfahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat.

Kostenersatz

Zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe ist verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres für sich oder andere durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten die Voraussetzungen für die Leistungen der Sozialhilfe herbeigeführt hat. Zum Kostenersatz ist auch verpflichtet, wer als leistungsberechtigte Person oder als deren Vertreter die Rechtswidrigkeit des der Leistung zu Grunde liegenden Bewilligungsbescheides kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte.

Der Erbe der leistungsberechtigten Person oder dessen Ehegatte oder dessen Lebenspartner ist zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe verpflichtet. Die Ersatzpflicht besteht nur für die Kosten der Sozialhilfe, die innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren vor dem Erbfall aufgewendet worden sind. Diese Ersatzpflicht gehört zu den Nachlassverbindlichkeiten; der Erbe haftet aber nur mit dem Wert des Nachlasses. Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII (Grundsicherung) sind nicht vom Erben zu ersetzen.

Ich bestätige / Wir bestätigen den Erhalt des Merkblattes.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Hilfesuchenden / Hilfeempfänger/s/in sowie des (Ehe)Partners
Ort, Datum	Unterschrift des / der gesetzlichen Vertreter/s/in

Leistungen: Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung SGB XII	
Stadtverwaltung:	Aktenzeichen:

**Mehrbedarf für gemeinschaftliches Mittagessen
in einer WfbM oder einem vergleichbaren Angebot
nach § 42b Absatz 2 SGB XII**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnort	

Ich nehme teil am gemeinschaftlichen Mittagessen

- in folgender Werkstatt (WfbM)
 bei einem sog. anderen Anbieter (nach § 60 SGB IX) oder
eines vergleichbaren anderen tagesstrukturierenden Angebots von

Name des Anbieters	
Ort	

Anzahl der Arbeitstage pro Woche:

- 5 Tage 4 Tage 3 Tage 2 Tage 1 Tag

Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen der Werkstatt/ des Anbieters:

- 5 Tage pro Woche / 19 Tage im Monat
 4 Tage pro Woche / 15 Tage im Monat
 3 Tage pro Woche / 11 Tage im Monat
 2 Tage pro Woche / 8 Tage im Monat
 1 Tag pro Woche / 4 Tage im Monat

Bestätigung über entstandene Mehrkosten:

- Kosten für das Mittagessen werden mir vom Anbieter in Rechnung gestellt bzw. mit dem Arbeitsentgelt verrechnet.
 mir entstehen keine Mehrkosten durch das bereitgestellte Mittagessen.

Ich ermächtige den Fachbereich Soziales und Wohnen, mit dem Anbieter direkt Kontakt aufzunehmen, wenn sich Fragen zur Teilnahme am Mittagessen oder zur Höhe und Zusammensetzung des von ihm gezahlten Einkommens ergeben.

Ort, Datum

Unterschrift der leistungsberechtigten Person/
der vertretungsberechtigten Person