LOGOKreis Dithmarschen

**Fachdienst Soziale Teilhabe**

**Grundsicherung**

Stettiner Str. 30

25746 Heide

**Die Streichung einzelner Positionen ist nicht zulässig. Vielmehr sind nicht zutreffende Felder mit einem „nein“ kenntlich zu machen.**

**A n t r a g**

**auf Leistungen nach dem**

**SGB XII außerhalb von Einrichtungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Welche Leistung(en) wird benötigt?** | **Zeitraum** |
| Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII wegen Alters | ab: |
| Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII wegen voller Erwerbsminderung | ab: |
| Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII | ab: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Angaben zur antragstellenden Person** | |
|  | **Antragsteller\*in** |
| Nachname: |  |
| Geburtsname: |  |
| Vorname: |  |
| Geschlecht: | weiblich  männlich  divers |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort/Geburtsland: |  |
| Staatsangehörigkeit: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: *(Angabe ist freiwillig!)* |  |
| Bevollmächtigte\*r  gesetzliche Betreuung  Vorname/ Name  Straße/ Nr.  PLZ/ Wohnort  Tel.: *(Angabe ist freiwillig!)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Schwerbehindertenausweis? | nein  ja,  Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(Beleg bitte beifügen!)**  gültig bis: |
| anerkannte Merkzeichen: |  |

**Familienstand?**

ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

verwitwet seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  getrennt lebend seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eheähnl. Gemeinschaft seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  geschieden am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eingetragene Lebenspartnerschaft seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Sofern Sie verheiratet sind, bitte ich um Vorlage der **Heiratsurkunde.** |

Waren Sie mehr als einmal verheiratet?

nein  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie lange war die jeweilige Ehezeit? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Sofern Sie geschieden sind, bitte ich um Mitteilung, ob eine Unterhaltsregelung getroffen wurde, ggfs. in welcher Höhe. **(Scheidungsurteil bitte beifügen!)** |
| Name und Anschrift des/der geschiedenen Ehegatten\*innen: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. Angaben über Eltern und Kinder der antragstellenden Person** | | | |
|  | **1. Angehörige\*r** | **2. Angehörige\*r** | **3. Angehörige\*r** |
|  | weiblich  männlich  divers | weiblich  männlich  divers | weiblich  männlich  divers |
| Name: |  |  |  |
| ggf. Geburtsname: |  |  |  |
| Vorname: |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| Familienstand: |  |  |  |
| Straße/ Hausnummer: |  |  |  |
| Postleitzahl/ Wohnort: |  |  |  |
| Verwandtschaftsverhältnis: |  |  |  |
| Beruf: |  |  |  |
| Einkommen über  100.000 € brutto/Jahr? | nein  ja | nein  ja | nein  ja |

*(Bei mehr als drei Angehörigen bitte ein zusätzliches Blatt verwenden!)*

|  |
| --- |
| **3. Angaben zur Pflege- und Krankenversicherung der antragstellenden Person** |

**Hinweis:**

**(aktuelle Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse ist beizufügen!)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Versicherung: |  |
| Anschrift der Versicherung: |  |
| Krankenversicherungsnummer: |  |
| Derzeit krankenversichert als?  Pflichtmitglied  Rentner\*in  Familienmitglied  angemeldet nach § 264 SGB V privat versichert **(Versicherungspolice sowie aktuelle Beitragshöhe sind nachzuweisen)**  freiwilliges Mitglied **(aktuelle Beitragshöhe ist nachzuweisen)**  ich bin zurzeit nicht kranken- und pflegeversichert  es muss noch abschließend geklärt werden; meine letzte Krankenkasse war:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **4. Angaben zum/ zur Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |

entfällt

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Nachname: |  |
| Vorname: |  |
| Geburtsname: |  |
| Geschlecht: | weiblich  männlich  divers |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort/Geburtsland: |  |
| Staatsangehörigkeit: |  |
| Anschrift: |  |
| Beruf/Arbeitgeber: |  |
| Einkommen: |  |
| Bevollmächtigte\*r  gesetzliche Betreuung  Vorname/ Name  Straße/ Nr.  PLZ/ Wohnort  Tel.: *(Angabe ist freiwillig!)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Schwerbehindertenausweis? | nein  ja,  Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Beleg bitte beifügen!)**  gültig bis: |
| anerkannte Merkzeichen: |  |

**Familienstand?**

entfällt

ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

verwitwet seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  getrennt lebend seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eheähnl. Gemeinschaft seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  geschieden am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eingetragene Lebenspartnerschaft seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Sofern Sie verheiratet sind, bitte ich um Vorlage der **Heiratsurkunde.** |

Waren Sie mehr als einmal verheiratet?

nein  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie lange war die jeweilige Ehezeit? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Sofern Sie geschieden sind, bitte ich um Mitteilung, ob eine Unterhaltsregelung getroffen wurde, ggfs. in welcher Höhe. **(Scheidungsurteil bitte beifügen!)** |
| Name und Anschrift des/der geschiedenen Ehegatten\*in: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **5. Angaben über Eltern und Kinder des/der Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |

entfällt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1. Angehörige\* r** | **2. Angehörige\* r** | **3. Angehörige\*r** |
|  | weiblich  männlich  divers | weiblich  männlich  divers | weiblich  männlich  divers |
| Name: |  |  |  |
| ggf. Geburtsname: |  |  |  |
| Vorname: |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| Familienstand: |  |  |  |
| Straße/ Hausnummer: |  |  |  |
| Postleitzahl/ Wohnort: |  |  |  |
| Beruf: |  |  |  |
| Verwandtschaftsverhältnis: |  |  |  |
| Einkommen über  100.000 € brutto/Jahr? | nein  ja | nein  ja | nein  ja |

*(Bei mehr als drei Angehörigen bitte ein zusätzliches Blatt verwenden!)*

|  |
| --- |
| **6. Angaben zur Pflege- und Krankenversicherung der/des Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher/m in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |

**Hinweis:**

**(aktuelle Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse ist beizufügen!)**

entfällt

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Versicherung: |  |
| Anschrift der Versicherung: |  |
| Krankenversicherungsnummer: |  |
| Derzeit krankenversichert als?  Pflichtmitglied  Rentner\*in  Familienmitglied  angemeldet nach § 264 SGB V  privat versichert **(Versicherungspolice sowie aktuelle Beitragshöhe sind nachzuweisen)**  freiwilliges Mitglied **(aktuelle Beitragshöhe ist nachzuweisen)**  ich bin zurzeit nicht kranken- und pflegeversichert  es muss noch abschließend geklärt werden; meine letzte Krankenkasse war:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. weitere Personen im Haushalt?** | | |
| nein  ja, Anzahl: | | |
| Familienname, Geburtsname, Vorname: |  |  |
| Geschlecht: | weiblich  männlich  divers | weiblich  männlich  divers |
| Geburtsdatum: |  |  |
| Familienstand: |  |  |
| Verwandtschaftsgrad: |  |  |
| Beruf: |  |  |
| Einkommen: |  |  |

*(Bei mehr als zwei weiteren Personen bitte ein zusätzliches Blatt verwenden!)*

|  |
| --- |
| **8. Angaben über die Unterkunftskosten:** |

**Ich/Wir bin/sind Haus-/Wohneigentümer\*in**

**Hinweis:**

**Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die aktuellen Kosten/ Belastungen vorzulegen. Hierzu ist die Anlage „Ermittlung der eigenen Unterkunftskosten bei Wohneigentum“ auszufüllen.**

**Ich/Wir wohnen zur Miete (die Anlage Mietbescheinigung ist beizufügen!):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Antragsteller\*in sowie Ehegatte\*in /eingetragene\*r Lebenspartner\*in /Partner\*in eheähnlicher Gemeinschaft** |
| monatliche Kaltmiete: |  |
| monatliche Heizkosten: | Vorauszahlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  Pauschale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| monatliche Betriebskosten: | Vorauszahlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  Pauschale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| Warmwasseraufbereitung: | zentral  dezentral (Boiler, Durchlauferhitzer) |
| Ist Strom in der Miete enthalten? | nein  ja, mtl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |
| Wie wird geheizt? | Erdgas  Heizöl  Fernwärme  Strom |
| Wohnfläche des gesamten Gebäudes: |  |
| Wird eine Heiz- und Betriebskostenabrechnung erstellt? | nein  ja (**letzte vollständige Abrechnung ist beizufügen)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9. Mehrbedarfe gem. § 30 SGB XII** | | |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| § 30 (1) Nr. 1 wegen Alter und Merkzeichen G | nein  ja | nein  ja |
| § 30 (1) Nr. 2 wegen voller Erwerbsminderung und Merkzeichen G | nein  ja | nein  ja |
| § 30 (2) wegen Schwangerschaft (nach der 12. Schwangerschaftswoche) | nein  ja | nein  ja |
| § 30 (3) alleinerziehend | nein  ja | nein  ja |
| § 30 (5) wegen kostenaufwändiger Ernährung **(die Anlage Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung ist beizufügen)** | nein  ja | nein  ja |
| § 30 (7) dezentrale Warmwasseraufbereitung | nein  ja | nein  ja |
| § 42 b Mehrbedarf Mittagsverpflegung (WfbM)  An wie vielen Tagen in der Woche wird an der gem. Mittagsverpflegung teilgenommen? | nein  ja  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tag(e) | nein  ja  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tag(e) |

|  |
| --- |
| **10. Angaben Einkommensverhältnisse – § 82 SGB XII** |

**Hinweis:**

**(aktuelle Belege sind beizufügen!)**

*Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Altersrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Witwenrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Erwerbsunfähigkeitsrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Zusatzrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Betriebsrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Unfallrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Leibrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| landwirtschaftliche Altersrente | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Sonstige Rente (z. B. Rente aus dem Ausland) | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Miet-/ Pachteinnahmen | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Land- und Forstwirtschaft | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Asylbewerberleistungen | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Wohngeld (Mietzuschuss) | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Leistungen für Kinder  (z. B. Kindergeld) | nein  ja, mtl.:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja, mtl.:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nichtselbstständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen/  Ausbildungsvergütung) | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: | |
| Selbstständige Tätigkeit | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: | |
| Tätigkeit in einem geschützten Bereich (z. B. Werkstatt für behinderte Menschen) | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: | |
| Unterhalt | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: | |
| Leistungen der Krankenkasse | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: | |
| Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente) | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: | |
| Leistungen Versorgungsamt  (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente, Berufs-/ Schadensausgleich | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: | |
| Leistungen der Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter  (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, BAB) | nein  ja, mtl.:  Zeitraum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Leistungsträger:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja, mtl.:  Zeitraum:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Leistungsträger:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Taschengeld, Beköstigung) | nein  ja, mtl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja, mtl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Noch zu erwartende Zahlungen (z. B. Erstattung von Einkommens-steuern/Mietnebenkosten usw.) | nein  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sonstige Einkünfte? Bitte erläutern! | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |

|  |
| --- |
| **11. mögliche absetzungsfähige Ausgaben – § 82 SGB XII** |

**Hinweis:**

**(aktuelle Belege sind beizufügen!)**

*Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Privathaftpflichtversicherung | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Hausratversicherung | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Altersvorsorgebeiträge | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Beiträge für Berufsverbände/Sozialverband Deutschland e.V. | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstelle durch Nutzung: | eigenen PKW  öffentliche Verkehrsmittel  Betrag mtl.: | eigenen PKW  öffentliche Verkehrsmittel  Betrag mtl.: |
| Kfz-Haftpflichtversicherung | nein  ja, mtl.: | nein  ja, mtl.: |
| Sonstiges | nein  ja, mtl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nähere Begründung:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja, mtl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nähere Begründung:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **12. Angaben zum Vermögen – 90 SGB XII** |

**Hinweis:**

**(aktuelle Belege sind beizufügen!)**

*Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Festgeld/ Sparbrief/Sparkonto: | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Geschäftsanteile/Mietkaution: | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Lebensversicherung: | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Aktien/ Wertpapiere: | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Sterbegeldversicherung: | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Bestattungsvorsorgevertrag: | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Bargeld | nein  ja: | nein  ja: |
| Bausparvertrag | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente, Rürup-Rente) | nein  ja, aktueller Wert: | nein  ja, aktueller Wert: |
| Ansprüche aus Übertragsverträgen (Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | nein  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sonstiges Vermögen | nein  ja,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art des Vermögens** | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Girokonto: | nein  ja:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Sparbuch | nein  ja:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Sind noch weitere Konten vorhanden?  *(Bei mehr als einem weiteren Konto bitte ein zusätzliches Blatt verwenden!)* | nein  ja:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja:  Geldinstitut:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BIC:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aktueller Wert:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontoinhaber\*in:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haus- und/oder Grundeigentum** | | |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
| Hauseigentum  (nicht selbst bewohnt) | nein  ja,  Anschrift:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja,  Anschrift:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sonstiger Grundbesitz (z.B. unbebaute Flächen, landwirtschaftliche o.ä.) | nein  ja,  Anschrift:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja,  Anschrift:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Sind Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in** **/eingetragene\*r Lebenspartner\*in /Partner\*in in eheähnlicher Gemeinschaft Halter\*in eines Fahrzeuges? (z. B. PKW, Wohnmobil, Motorrad, Roller, Quad, Boot, Anhänger oder ähnliches)** |

**Hinweis:**

**Bitte Kopie Zulassungsbescheinigung Teil I und II beifügen!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
|  | nein  ja | nein  ja |
| Hersteller: |  |  |
| Modell: |  |  |
| Erstzulassung: |  |  |
| Kilometerstand: |  |  |
| Tag des Erwerbs: |  |  |
| Höhe des Kaufpreises: |  |  |
| heutiger Verkaufswert: |  |  |
| Sind in den letzten 6 Monaten Fahrzeuge abgemeldet bzw. verkauft worden? | nein  ja,  Zeitpunkt der Abmeldung:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja,  Zeitpunkt der Abmeldung:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Stehen Ihnen oder Haushaltsmitgliedern geliehene Fahrzeuge zur Verfügung? | nein  ja, Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nein  ja, Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Zahlen Sie KfZ-Steuern für ein eigenes oder ein anderes Fahrzeug? | nein  ja, für eigenes Fahrzeug  ja, für Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Betrag jährlich: | nein  ja, für eigenes Fahrzeug  ja, für Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Betrag jährlich: |
| Zahlen Sie KfZ-Versicherung für ein eigenes oder ein anderes Fahrzeug? | nein  ja, für eigenes Fahrzeug  ja, für Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Betrag jährlich: € | nein  ja, für eigenes Fahrzeug  ja, für Kennzeichen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Betrag jährlich: € |
| Weshalb sind Sie auf ein Fahrzeug angewiesen? |  |  |

|  |
| --- |
| **13. Angaben über privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten** |

**Hinweis:**

**Belege sind beizufügen!**

*Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Haben Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in /eingetragene\*r Lebenspartner\*in** /**Partner\*in**  **in eheähnlicher Gemeinschaft innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen veräußert, übertragen, verliehen und/ oder verschenkt?** | | | |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** | |
|  | nein  ja *(Bitte Kaufvertrag, Überlassungsvertrag, etc. beifügen!)* | nein  ja *(Bitte Kaufvertrag, Überlassungsvertrag, etc. beifügen!)* | |
| **Art des Vermögens:** | **übertragen/ verschenkt/ verliehen an:** | **Datum:** | **Wert:** |
| Grundvermögen: |  |  |  |
| Geldvermögen: |  |  |  |
| Sachvermögen: |  |  |  |
| Versicherungen: |  |  |  |
| Sonstiges: |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Besitzen Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in** /**eingetragene\*r Lebenspartner\*in /Partner\*in**  **in eheähnlicher Gemeinschaft Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen? Bzw. haben Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in** /**eingetragene\*r Lebenspartner\*in/ Partner\*in in eheähnlicher Gemeinschaft in den letzten 10 Jahren vertragliche Ansprüche besessen/ gelöscht?** | | |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
|  | nein  ja | nein  ja |
| **Art des Anspruches:** | **Anspruchsschuldner:** | |
| Wohnrecht: |  | |
| Nießbrauchrecht: |  | |
| Altenteil: |  | |
| Hege und Pflege: |  | |
| Leibrente: |  | |
| Bestattungskosten: |  | |
| Sonstiges: |  | |

|  |
| --- |
| **13. Angaben über privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten** |

**Hinweis:**

**Belege sind beizufügen!**

*Sofern Währungsangaben nicht in Euro, bitte Währung angeben*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haben Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in** **/eingetragene\*r Lebenspartner\*in /Partner\*in**  **in eheähnlicher Gemeinschaft in den letzten 10 Jahren geerbt?** | | |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
|  | nein  ja | nein  ja |
| **Art der Erbschaft:** | **Erläuterung:** | **Erläuterung:** |
| Barvermögen: |  |  |
| Grundvermögen: |  |  |
| Gegenstände/ Sammlungen: |  |  |
| Ansprüche: |  |  |
| Sonstiges: |  |  |
| **Wurden Sie in den letzten 3 Jahren enterbt?** | | |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
|  | nein  ja | nein  ja |
| **Wenn ja, haben Sie Ihren Pflichtteilsanspruch geltend gemacht?** | | |
|  | nein  ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen) | nein  ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Besitzen Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in** **/eingetragene\*r Lebenspartner\*in /Partner\*in**  **in eheähnlicher Gemeinschaft Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten?** | | |
|  | **antragstellende Person** | **Ehepartner\*in bzw. Partner\*in, mit welcher in eheähnlicher Gemeinschaft gelebt wird** |
|  | nein  ja (bitte Nachweise beifügen!) | nein  ja (bitte Nachweise beifügen!) |
| Wenn ja, gegenüber wem? |  |  |
| Anschrift: |  |  |
| Aus welchem Grund? |  |  |

|  |
| --- |
| **14. Zahlungsweg** |

**Hinweis:**

**Voraussetzung für eine direkte Zahlung von nachstehenden Zahlungsverpflichtungen ist, dass Ihr sozialhilferechtlicher Bedarf in monatlicher Höhe ausreichend ist. Eine direkte Zahlung ist nicht mehr möglich, wenn Sie aus dem Leistungsbezug ausscheiden oder aber Ihre Einverständniserklärung widerrufen.**

Soll die Miete direkt an den/die Vermieter\*in überwiesen werden?

nein  ja  entfällt

Sollen die Heizkosten direkt an das Versorgungsunternehmen überwiesen werden?

nein  ja  entfällt

Sollen die Stromkosten direkt an das Versorgungsunternehmen gezahlt werden?

nein  ja  entfällt

Die Leistungen nach dem SGB XII sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Girokonto Antragsteller\*in

anderes Konto: IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontoinhaber\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **15. Aufenthalt** |

Haben Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in bzw. Partner\*in in eheähnlicher Gemeinschaft sich in den vergangenen 12 Monaten in einer stationären Einrichtung oder einer ambulant betreuten Wohnform aufgehalten? **(Falls ja, bitte entsprechende Nachweise vorlegen)**

nein

ja, Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in bzw. Partner\*in in eheähnlicher Gemeinschaft jemals außerhalb von Deutschland gelebt und haben dadurch Rentenanwartschaftszeiten erworben?

nein

ja, in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie oder Ihr\*e Ehegatte\*in bzw. Partner\*in in eheähnlicher Gemeinschaft in den **letzten 10 Jahren Leistungen nach dem SGB XII** erhalten? Falls ja, reichen Sie bitte den letzten SGB XII-Bescheid sowie den Einstellungsbescheid der damals zuständigen Behörde ein.

nein

ja

**Sonstige Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgeblich sind – insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert der zu bewilligenden Stelle mitzuteilen.

**Gelesen, genehmigt und unterschrieben:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller\*in bzw. ggf. Unterschrift

Bevollmächtigte\*r / Betreuer\*in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Ehegatte\*in /eingetragene\*r Lebenspartner\*in

/ Partner\*in in eheähnlicher Gemeinschaft

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für die Richtigkeit der Änderungen/Ergänzungen durch den/die

Mitarbeiter\*in des Kreises Dithmarschen, die heute mit mir

besprochen wurden.

|  |
| --- |
| **Hinweise zur Mitwirkungspflicht und Datenschutz** |
| Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der  §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) - Erstes Buch (I) erbeten.  Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist der Kreis Dithmarschen, Fachdienst Soziale Teilhabe auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Diese Mitwirkungspflichten des Antragssteller/ der Antragstellerin sind zudem in den  §§ 60 bis 67 SGB I gesetzlich festgelegt.  Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Eine Schwärzung der Verwendungszwecke auf Kontoauszügen darf in folgendem Umfang erfolgen:  - einmalige Auszahlungen unter einem Wert von 50,00 EUR (Betrag muss sichtbar  bleiben), die nicht leistungsrelevant sind (z. B. Einkäufe)  - Haben-Buchungen/ Einnahmen dürfen in keinem Fall geschwärzt werden  Außerdem hat der Antragsteller/ die Antragstellerin auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: der Kreis Dithmarschen, Fachdienst Soziale Teilhabe) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z. B. Krankenkassen, Gutachter, andere Leistungsträger, etc.) zuzustimmen. Eine Übermittlung von Sozialdaten ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt gewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen – z. B. an andere Sozialhilfeträger oder an externe ärztliche Gutachter übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, dass ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialhilfeträger führen kann.  Ich versichere hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgeblich sind – insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert der zu bewilligenden Stelle mitzuteilen.  Mir ist bekannt, dass der Sozialhilfeträger die Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise entziehen oder versagen kann, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme. Dies gilt auch dann, wenn ich in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwere (§ 66 SGB I).  Ich wurde darauf hingewiesen, dass der Fachdienst Soziale Teilhabe nach § 118 SGB XII berechtigt ist, meine Daten mit anderen Behörden (z. B. Sozialleistungsträger, Finanzamt, Kfz-Zulassung) automatisch abzugleichen. So hat er auch die Möglichkeit, beim Bundeszentralamt für Steuern die Höhe meiner Kapitalerträge (Zinsen aus Sparguthaben, Bausparverträgen, Lebensversicherungen und sonstigen Vermögensanlagen) abzufragen, ebenso wie eine Kontoabrufersuchen gem.  § 93 i. V. m. § 93b Abgabenordnung in Auftrag zu geben.  Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle im Zusammenhang mit der Gewährung von Sozialhilfeleistungen erforderlichen Auskünfte, insbesondere über Einkommens- und |

|  |
| --- |
| Vermögensverhältnisse, durch das Sozialamt des Kreises Dithmarschen gem. § 117 SGB XII eingeholt werden. Dies gilt für alle in Betracht kommenden Stellen, insbesondere für alle Behörde, Sparkassen, Banken und sonstige Finanzinstitute), Versicherungsgesellschaften, Sozialleistungsträger und Finanzämter.  Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen zu Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen benötigt. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1e DSGVO in Verbindung mit §§ 67 ff Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt auf der gleichen Grundlage. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Der gesetzliche Datenschutz ist gewährleistet.  Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben - es sei denn, dies ist zum Zwecke der Vertragsabwicklung bzw. Abrechnung zwingend erforderlich. Natürlich haben Sie das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen.  Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen oder aber, wenn die Speicherung aus sonstigen gesetzlichen Gründen unzulässig ist, werden die personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.  Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung. Auskunft über die gespeicherten Daten erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Sachbearbeiter des Kreises Dithmarschen.  In Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des Kreises Dithmarschen, Stettiner Straße 30, 25746 Heide oder an das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstr. 98, 21403 Kiel als Aufsichtsbehörde.  Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass meine dem Datenschutz unterliegenden Unterlagen und Angaben vom Fachdienst Soziale Teilhabe ggf. zur Geltendmachung von Ansprüchen im erforderlichen Maße an die zuständigen Stellen/ eventuell unterhaltspflichtige Angehörige weitergeleitet werden. Außerdem bevollmächtige ich den Fachdienst Soziale Teilhabe zur Einsichtnahme in die über mich bei anderen Sozialhilfeträgern geführten Vorgänge.  Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache (Betrug gem. § 263 Strafgesetzbuch) und das ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss. |

**Gelesen, genehmigt und unterschrieben:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum (Ihre) Unterschrift bzw. ggf. Unterschrift der bevollmächtigten Person bzw. der gesetzlichen Betreuung

Kreis Dithmarschen

**Fachdienst Soziale Teilhabe**

**Grundsicherung**

Stettiner Str. 30

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum der antragstellenden Person

25746 Heide

**M E R K B L A T T**

|  |
| --- |
| **1. Beginn der Leistungsgewährung/ Schuldenübernahme** |

Die Sozialhilfe setzt im Allgemeinen mit dem Tag des Bekanntwerdens der Notlage beim Sozialhilfeträger oder bei den von ihm beauftragten Stellen ein, wenn die Voraussetzungen zur Gewährung der Hilfe von diesem Zeitpunkt an vorliegen (§ 18 des SGB - Zwölftes Buch (XII).

Die Leistungen der Sozialhilfe dienen der Abwendung einer gegenwärtigen Notlage und haben keine Schadensausgleichsfunktion. Sie werden daher im Allgemeinen nicht rückwirkend, d. h. nicht vor dem Zeitpunkt der Kenntnis der Notlage gewährt.

Die Sozialhilfe kann ihren Zweck nicht mehr erfüllen, wenn die/der Leistungsberechtigte verstorben ist. Der Anspruch ist, selbst wenn er vor dem Tode der/des Leistungsberechtigten rechtskräftig war, nur in Ausnahmefällen vererblich (z. B. wenn die Bewilligung einer Leistung wegen säumigen Verhaltens des Sozialhilfeträgers nicht rechtzeitig erfolgt).

Die Übernahme von Schulden ist nicht Aufgabe der Sozialhilfe. Anträge auf Übernahme eingegangener Zahlungsverpflichtungen können ebenso wenig berücksichtigt werden wie Anträge auf Erstattung bereits bezahlter Auslagen oder Aufwendungen.

|  |
| --- |
| **2. Selbstverpflichtung und Nachrangprinzip der Sozialhilfe/ Hilfegewährung als Darlehen** |

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält (§ 2 SGB XII).

Jede/r Hilfesuchende ist somit verpflichtet, die Sozialhilfe so gering wie möglich zu halten und bei der Beseitigung der Notlage nach besten Kräften mitzuwirken.

Leistungen der Sozialhilfe sind nach § 2 SGB XII grundsätzlich nachrangig.

Vorrangige Ansprüche (z. B. Renten, Kindergeld, Unterhalt, zivilrechtliche Ansprüche wie z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Leibrente, Schenkung, etc.) sind vor Inanspruchnahme der Sozialhilfe zu beantragen und weiterzuverfolgen bzw. durchzusetzen. Andernfalls würde kein oder nur ein geringerer Anspruch auf Sozialhilfe bestehen. Außerdem müsste mit einer Rückforderung bereits ausgezahlter Sozialhilfeleistungen in Höhe der vorrangigen Ansprüche gerechnet werden.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass Hilfesuchende im Falle einer Sozialhilfegewährung gem. § 90 SGB XII lediglich über ein verwertbares Vermögen in Höhe von 10.000,00 € (Alleinstehende) bzw. 20.000,00 € (Ehegatten) verfügen dürfen.

|  |
| --- |
| **3. Mitwirkungspflichten** |

Jede/r Leistungsberechtigte hat dem Sozialhilfeträger im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten nach § 60 ff. des SGB - Erstes Buch (I) jede für die Entscheidung über die beantragte Sozialhilfe bedeutsame Tatsache oder Änderung in seinen persönlichen, familiären, wirtschaftlichen oder sonstigen Verhältnissen für die Dauer des Bezugs von Sozialhilfe unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

|  |
| --- |
| **4. Bewilligung/ Bescheid/ Pfändungsschutz** |

Die bewilligte Sozialleistung stellt keine rentenähnliche Dauerleistung dar. Sie wird zunächst für einen Monat unter dem Vorbehalt gewährt, dass sich die angegebenen und der Bewilligung zu Grunde gelegten Verhältnisse nicht ändern. Tritt keine Änderung ein, so erfolgt - ohne Antrag - aufgrund stillschweigender monatlicher Neubewilligung die Weiterzahlung der Hilfe zum Lebensunterhalt in der in diesem Bescheid angegebenen Höhe. Die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII ist antragsabhängig und wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Ändern sich die Verhältnisse und erfolgt dadurch eine gesetzlich nicht gerechtfertigte Auszahlung, so ist diese zu erstatten, soweit sie die/der Leistungsberechtigte zu vertreten hat. Solche Fehlzahlungen sind insbesondere zu vertreten, wenn sie darauf beruhen, dass der gesetzlichen Mitteilungspflicht nach § 60 SGB I nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig nachgekommen ist.

Die laufenden Sozialhilfeleistungen werden in der Regel monatlich im Voraus überwiesen und dienen zur Deckung des jeweiligen Bedarfs für den kommenden Monat. Bei Überweisungen kann daher erst ab Fälligkeit, d. h. ab dem Ersten eines Monats über die Hilfe verfügt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt kann der Sozialhilfeträger eine bereits erfolgte Überweisung noch stornieren. Kontoüberziehungen gehen dann zu Lasten des Leistungsberechtigten. Der Sozialhilfeanspruch kann nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden (§ 17 SGB XII).

|  |
| --- |
| **5. Zuzahlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung** |

Als Sozialhilfeempfänger\*in wird eine geringere Zuzahlung zu z. B. Arzneimitteln, Eigenanteil von Krankenhausaufenthalte, etc. bei der Krankenkasse geleistet. Hierfür muss die/der Hilfesuchende\* bei der Krankenkasse bekannt geben, dass sie/er Leistungen nach dem SGB XII bezieht. Die Krankenkasse wird dann auf Antrag die Belastungsgrenze neu berechnen.

|  |
| --- |
| **6. Kostenerstattung bei unrichtigen und unvollständigen Angaben** |

Unbeschadet einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Unterstützungsbetruges sind der Sozialhilfeverwaltung bereits erbrachte Leistungen zu erstatten, wenn diese erwirkt wurden - durch arglistige Täuschung, - durch Drohung oder Bestechung, - weil vorsätzlich oder grob fahrlässig Angaben gemacht wurden, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren, - weil die Rechtswidrigkeit der Hilfegewährung bekannt oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht bekannt war, wobei grobe Fahrlässigkeit dann vorliegt, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wurde (§§ 45, 50 SGV X).

|  |
| --- |
| **7. Kostenersatz bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten** |

Zum Ersatz der Kosten ist auch verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialhilfe an sich selbst oder an seine unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat (§ 103 SGB XII).

|  |
| --- |
| **8. Kostenersatz durch die Erben** |

Erben sind im Rahmen des § 102 SGB XII zum Kostenersatz verpflichtet. Ein bei Lebzeiten der/des Leistungsberechtigten anerkanntes geschütztes Vermögen im Sinne des § 90 SGB XII verliert diesen Status beim Tode der/des Leistungsberechtigte\*n.

**Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass wir das Merkblatt "Wichtige Hinweise zum Sozialhilfeantrag" gelesen und erhalten haben. Ein Exemplar ist in meinem/unserem Besitz.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller\*in

bzw. Unterschrift Bevollmächtigte\*r oder Betreuer\*in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Ehegatte\*in bzw. Partner\*in

in eheähnlicher Gemeinschaft

Kreis Dithmarschen

**Fachdienst Soziale Teilhabe**

**Grundsicherung**

Stettiner Str. 30

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum der antragstellenden Person

25746 Heide

***Ausfertigung für Ihre Unterlagen!***

**M E R K B L A T T**

|  |
| --- |
| **1. Beginn der Leistungsgewährung/ Schuldenübernahme** |

Die Sozialhilfe setzt im Allgemeinen mit dem Tag des Bekanntwerdens der Notlage beim Sozialhilfeträger oder bei den von ihm beauftragten Stellen ein, wenn die Voraussetzungen zur Gewährung der Hilfe von diesem Zeitpunkt an vorliegen (§ 18 SGB - Zwölftes Buch (XII).

Die Leistungen der Sozialhilfe dienen der Abwendung einer gegenwärtigen Notlage und haben keine Schadensausgleichsfunktion. Sie werden daher im Allgemeinen nicht rückwirkend, d. h. nicht vor dem Zeitpunkt der Kenntnis der Notlage gewährt.

Die Sozialhilfe kann ihren Zweck nicht mehr erfüllen, wenn die/der Leistungsberechtigte verstorben ist. Der Anspruch ist, selbst wenn er vor dem Tode der/des Leistungsberechtigten rechtskräftig war, nur in Ausnahmefällen vererblich (z. B. wenn die Bewilligung einer Leistung wegen säumigen Verhaltens des Sozialhilfeträgers nicht rechtzeitig erfolgt).

Die Übernahme von Schulden ist nicht Aufgabe der Sozialhilfe. Anträge auf Übernahme eingegangener Zahlungsverpflichtungen können ebenso wenig berücksichtigt werden wie Anträge auf Erstattung bereits bezahlter Auslagen oder Aufwendungen.

|  |
| --- |
| **2. Selbstverpflichtung und Nachrangprinzip der Sozialhilfe/ Hilfegewährung als Darlehen** |

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält (§ 2 SGB XII).

Jede/r Hilfesuchende ist somit verpflichtet, die Sozialhilfe so gering wie möglich zu halten und bei der Beseitigung der Notlage nach besten Kräften mitzuwirken.

Leistungen der Sozialhilfe sind nach § 2 SGB XII grundsätzlich nachrangig.

Vorrangige Ansprüche (z. B. Renten, Kindergeld, Unterhalt, zivilrechtliche Ansprüche wie z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Leibrente, Schenkung, etc.) sind vor Inanspruchnahme der Sozialhilfe zu beantragen und weiterzuverfolgen bzw. durchzusetzen. Andernfalls würde kein oder nur ein geringerer Anspruch auf Sozialhilfe bestehen. Außerdem müsste mit einer Rückforderung bereits ausgezahlter Sozialhilfeleistungen in Höhe der vorrangigen Ansprüche gerechnet werden.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass Hilfesuchende im Falle einer Sozialhilfegewährung gem. § 90 SGB XII lediglich über ein verwertbares Vermögen in Höhe von 10.000,00 € (Alleinstehende) bzw. 20.000,00 € (Ehegatten) verfügen dürfen.

|  |
| --- |
| **3. Mitwirkungspflichten** |

Jede/r Leistungsberechtigte hat dem Sozialhilfeträger im Rahmen seiner Mitwirkungspflichten nach § 60 ff. des SGB - Erstes Buch (I) jede für die Entscheidung über die beantragte Sozialhilfe bedeutsame Tatsache oder Änderung in seinen persönlichen, familiären, wirtschaftlichen oder sonstigen Verhältnissen für die Dauer des Bezugs von Sozialhilfe unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

|  |
| --- |
| **4. Bewilligung/ Bescheid/ Pfändungsschutz** |

Die bewilligte Sozialleistung stellt keine rentenähnliche Dauerleistung dar. Sie wird zunächst für einen Monat unter dem Vorbehalt gewährt, dass sich die angegebenen und der Bewilligung zu Grunde gelegten Verhältnisse nicht ändern. Tritt keine Änderung ein, so erfolgt - ohne Antrag - aufgrund stillschweigender monatlicher Neubewilligung die Weiterzahlung der Hilfe zum Lebensunterhalt in der in diesem Bescheid angegebenen Höhe. Die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII ist antragsabhängig und wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Ändern sich die Verhältnisse und erfolgt dadurch eine gesetzlich nicht gerechtfertigte Auszahlung, so ist diese zu erstatten, soweit sie die/der Leistungsberechtigte zu vertreten hat. Solche Fehlzahlungen sind insbesondere zu vertreten, wenn sie darauf beruhen, dass der gesetzlichen Mitteilungspflicht nach § 60 SGB I nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig nachgekommen ist.

Die laufenden Sozialhilfeleistungen werden in der Regel monatlich im Voraus überwiesen und dienen zur Deckung des jeweiligen Bedarfs für den kommenden Monat. Bei Überweisungen kann daher erst ab Fälligkeit, d. h. ab dem Ersten eines Monats über die Hilfe verfügt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt kann der Sozialhilfeträger eine bereits erfolgte Überweisung noch stornieren. Kontoüberziehungen gehen dann zu Lasten des Leistungsberechtigten. Der Sozialhilfeanspruch kann nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden § 17 SGB XII.

|  |
| --- |
| **5. Zuzahlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung** |

Als Sozialhilfeempfänger\*in wird eine geringere Zuzahlung zu z. B. Arzneimitteln, Eigenanteil von Krankenhausaufenthalte, etc. bei der Krankenkasse geleistet. Hierfür muss die/der Hilfesuchende\* bei der Krankenkasse bekannt geben, dass sie/er Leistungen nach dem SGB XII bezieht. Die Krankenkasse wird dann auf Antrag die Belastungsgrenze neu berechnen.

|  |
| --- |
| **6. Kostenerstattung bei unrichtigen und unvollständigen Angaben** |

Unbeschadet einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Unterstützungsbetruges sind der Sozialhilfeverwaltung bereits erbrachte Leistungen zu erstatten, wenn diese erwirkt wurden - durch arglistige Täuschung, - durch Drohung oder Bestechung, - weil vorsätzlich oder grob fahrlässig Angaben gemacht wurden, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren, - weil die Rechtswidrigkeit der Hilfegewährung bekannt oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht bekannt war, wobei grobe Fahrlässigkeit dann vorliegt, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wurde (§§ 45, 50 SGV X).

|  |
| --- |
| **7. Kostenersatz bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten** |

Zum Ersatz der Kosten ist auch verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialhilfe an sich selbst oder an seine unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat (§ 103 SGB XII).

|  |
| --- |
| **8. Kostenersatz durch die Erben** |

Erben sind im Rahmen des § 102 SGB XII zum Kostenersatz verpflichtet. Ein bei Lebzeiten der/des Leistungsberechtigten anerkanntes geschütztes Vermögen im Sinne des § 90 SGB XII verliert diesen Status beim Tode der/des Leistungsberechtigte\*n.

**Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass wir das Merkblatt "Wichtige Hinweise zum Sozialhilfeantrag" gelesen und erhalten haben. Ein Exemplar ist in meinem/unserem Besitz.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller\*in

bzw. Unterschrift Bevollmächtigte\*r oder Betreuer\*in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Ehegatte\*in bzw. Partner\*in

in eheähnlicher Gemeinschaft