

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung 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 und auf Seite 4, 6, 8, 10, 11, 12 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c und e i.V.m. Abs. 2 DSGVO i.V.m. § 3 LDSG i.V.m. §§ 67 – 85a SGB X, 118 SGB XII. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus den §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise abgelehnt werden nach § 66 SGB I.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen <small>Bei mehr als 2 Pers. bitte gesondertes Blatt ergänzen</small>	1. Person		2. Person	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Antragsteller(in) 1		<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft	
Familienname, auch Geburtsname, Vorname				
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)				
Geburtsdatum und -ort				
Familienstand	seit		seit	
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung im Haushalt)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status				
Rentenversicherungs-Nr.				
Betreuer(in) (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)				
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)				
Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil				
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG ?)	gültig bis	Merkzeichen (G, aG ?):
	Antrag gestellt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag gestellt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung	Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung
Es wurden bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem?

2. Unterhalt		
Verfügt eines Ihrer Kinder / verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Familienname, Vorname der Kinder / Eltern		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum		
Beruf		
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft ?	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden / geschiedenen Partners / Partnerin:	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel) bitte Urkunde beifügen <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden / geschiedenen Partners / Partnerin:

3. Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen!)

Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens		
Bei privater Versicherung geben Sie bitte den Leistungsumfang an:		
Höhe des mtl. Beitrags		

4. Einkommen (Bitte Einkommensnachweise für 12 Monate beifügen!)

Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------

Einkommen	Mtl. Betrag Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch)	Mtl. Betrag Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen!	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage Widerspruch)
Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)				
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung				
Wohngeld				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, sonstige Renten / Pensionen)				
Sozialhilfeleistungen				
Grundsicherungsleistungen				
Asylbewerberleistung				
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
Leistungen Bundesanstalt für Arbeit (z.B. ALG I, Berufs- ausbildungsbeihilfe, Arbeits- förderungsgeld u.a.)				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld) Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Sonstige Einkünfte				
Ausländische Einkünfte (z.B. Renten)				
Aufenthalte im Ausland				
Erwerbszeiten im Ausland				

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

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Einkommensteuer		
Krankenversicherung		
Pflegeversicherung		
Arbeitslosenversicherung		
Rentenversicherung		
Unfallversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Hausratversicherung		
Sterbeversicherung		
Lebensversicherung		
Haftpflichtversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände		
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit		
- öffentlichen Verkehrsmitteln		
- PKW		
- Kleinst-PKW (bis 500 ccm)		
- Motorrad		
- Mofa		
Sonstiges		
Nähere Begründung zu „Sonstiges“		

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

Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

Art des Vermögens	Vermögenswert lt. Beleg	Vermögenswert lt. Schätzung	Vermögenswert lt. Beleg	Vermögenswert lt. Schätzung
Bargeld				
Bank- / Sparguthaben (einschl. Vermögenswirksame Leistungen)				
Wertpapiere				
Forderungen				
Lebensversicherungen (Rückkaufwert)				
Hauseigentum				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge				
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)				
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
Sonstiges Vermögen				
Vermögen im Ausland (z.B. Grundstücke)				

7. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde</td> <td><input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde				

8. Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer Einrichtung leben -

8.1 Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	Quadratmeter:
Gesamtkosten der Unterkunft:		EUR	
davon	Kaltmiete:	EUR	
	Nebenkosten:	EUR	
	Heizungskosten:	EUR	
Heizenergie:		<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Kohle/Holz <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstige	
Einnahmen aus Untervermietung:		EUR	
Sind in den angegebenen Beträgen Kosten enthalten für			
Kochfeuerung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Warmwasserbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Strom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fernsehempfang über Kabel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schönheitsreparaturen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

8.2 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten / Belastungen vorzulegen.
--

9. Zusätzliche Bedarfe

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheitsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie Hilfe bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie weitere besondere einmalige oder laufende Bedarfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

IBAN, BIC, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers
--

Erklärung

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung 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 Grundsicherungsleistungen 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.

Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben strafrechtliche Folgen haben können.

- Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.
- Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Grundsicherungsbescheiden

Datum
Datum

1. Person	Unterschrift
2. Person	Unterschrift

Ergänzende Datenschutzhinweise aufgrund des Inkrafttretens der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ab dem 25. Mai 2018 gilt mit der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein neuer Rechtsrahmen für den Datenschutz in Deutschland und in der Europäischen Union. Sowohl die neue DSGVO als auch insbesondere das Erste Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) enthalten Vorschriften zum Sozialgeheimnis, zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern.

Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

Soweit es für die Durchführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) bzw. zur Ermittlung der für Sozialhilfeleistungen maßgeblichen Verhältnisse im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; vgl. Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe c und e und Artikel 4 Nr. 2 DS-GVO, §§ 67a ff. SGB X). Die Verbandsgemeinde Langenlonsheim ist hierbei „Verantwortlicher“ im Sinne des Artikels 4 Nr. 7 DS-GVO.

→ Alle Kontaktdaten finden Sie unter Ziffer 8.

1. Datenerhebung bei Antragstellern und haushaltsangehörigen Personen

Ihre Daten werden erhoben, um Ihren Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen prüfen, berechnen und bescheiden zu können und bei positiver Entscheidung die Leistungen zu erbringen.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat nach § 60 Abs. 1 SGB I alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Danach sind Sie verpflichtet, dem für die Antragstellung nach § 16 SGB I zuständigen Leistungsträger alle erforderlichen Daten für das beantragte Sozialverfahren anzugeben, wozu auch Ihre personenbezogenen Daten gehören. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben und somit Ihren Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I nicht nachkommen, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet und die Leistung versagt oder entzogen werden. Auf diese Folgen werden Sie gem. § 66 SGB I ausdrücklich hingewiesen.

Ihre Angaben und die Angaben zu haushaltsangehörigen Personen im Sozialhilfeantrag sind mit entsprechenden Nachweisen zu belegen. Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen Verwendungszweck bzw. Empfänger einer Überweisung – nicht aber deren Höhe – geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten im Sinne des Artikel 9 DS-GVO handelt.

2. Datenerhebung bei anderen Stellen

Sofern Antragsteller und/oder weitere leistungsberechtigte Personen nicht oder nicht vollständig an der Aufklärung des Sachverhalts mitwirken, kann das Sozialamt auch Auskünfte einholen bzw. Daten erheben

- bei anderen Stellen im Zusammenhang mit zwischen diesen und weiteren leistungsberechtigten Personen bestehenden Rechtsverhältnissen (z. B. Vermieter/Mietverhältnis, Einkommen, Banken und Kreditinstitute) und bei anderen Personen im Hinblick auf eventuell gegen diese Personen bestehende Rechtsansprüche (z. B. unterhaltsverpflichtete Verwandte nach §§ 94 und 117 SGB XII),
- bei anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Rentenversicherungsträger, Jobcenter, Kranken-/Pflegekasse) nach §§ 3, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X, inwieweit z. B. andere Sozialleistungen beantragt, bewilligt oder eingestellt wurden oder inwieweit Aussicht auf Bewilligung dieser Leistungen besteht und
- beim Finanzamt zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen (§ 21 Abs. 4 SGB X).

3. Datenabgleich

Zur Vermeidung und Aufdeckung der rechtswidrigen Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen wird ein regelmäßiger Datenabgleich für alle Leistungsbezieher/-innen, auch in automatisierter Form, insbesondere mit der Datenstelle der Rentenversicherung durchgeführt (§ 118 SGB XII). Es darf z. B. abgeglichen werden, ob während des Sozialhilfebezugs Rente oder andere Sozialleistungen gezahlt werden, ob eine versicherungspflichtige oder geringfügige Beschäftigung besteht oder in welcher Höhe Kapitalerträge zufließen, für die ein Freistellungsauftrag erteilt worden ist. Ebenso ist ein Abgleich mit der Meldebehörde zu Meldeanschriften, Wohnungsstatus und Zeitpunkt von Ummeldungen möglich. Verdachtsfälle auf Betrug werden grundsätzlich bei der Staatsanwaltschaft angezeigt, rechtswidrig bezogene Leistungen werden zurückgefordert.

4. Datenverarbeitung im Rahmen der Sozialhilfestatistik

Die für die Bearbeitung des Antrages erhobenen Daten werden in anonymisierter Form (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Sozialhilfestatistik verwendet. Die Daten werden hierfür an das Landesamt für Statistik und an das Statistische Bundesamt übermittelt (§§ 121-128h SGB XII).

5. Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren

Zur Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der §§ 68, 69 SGB X an die Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte übermittelt.

6. Löschung Ihrer personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden gelöscht, wenn sie für die Durchführung des SGB XII nicht mehr benötigt werden (vgl. § 84 Abs. 2 SGB X) und rechtliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Nach Leistungsbeendigung werden Daten längstens zehn Jahre aufbewahrt (z. B. um Entscheidungen über rückwirkende Änderungen bzw. bei Rechtswidrigkeit zu ermöglichen). Innerhalb der vorstehend genannten Frist besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO.

7. Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf einer Einwilligung; Beschwerde

Wenn Sie eine Auskunft zu den zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an das Sozialamt. Sie können auch den Datenschutzbeauftragten zu Rate ziehen. Auf Wunsch wird Ihnen ein Auszug zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zur Verfügung gestellt. Wenn Sie feststellen, dass zu Ihrer Person gespeicherte Daten fehlerhaft oder unvollständig sind, können Sie jederzeit die unverzügliche Berichtigung / Vervollständigung dieser Daten verlangen.

Unter den Voraussetzungen des Art. 18 DSGVO in Verbindung mit § 84 Abs. 3 SGB X können Sie eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Dies kommt z. B. dann in Betracht, wenn das Sozialamt die Daten nicht mehr länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und eine Löschung der Daten Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigen würde.

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Sozialhilfeantrags besteht kein Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DS-GVO, da die Datenverarbeitung zu Leistungen des SGB XII im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Art. 21 Abs. 3 DS-GVO). Es besteht auch kein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Artikel 21 Abs. 1 DS-GVO, da sozialhilferechtliche Vorschriften die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vorsehen (§ 84 Abs. 5 SGB X).

Sollten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeitet (d. h. insbesondere erhoben) worden sein, können Sie diese Einwilligung jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DS-GVO widerrufen. Dadurch wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf berührt.

Sollten Sie mit den Auskünften des Sozialamtes bzw. mit der dort vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer Beschwerde an den Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde wenden.

8. Kontaktdaten/ Adressen

Verantwortlicher:

Verbandsgemeinde Langenlonsheim
Nahweinstr. 80
55450 Langenlonsheim
Tel.: 06704-929-0, E-Mail: rathaus@vqlangenlonsheim.rlp.de

Behördlicher Datenschutzbeauftragter:

Verbandsgemeinde Langenlonsheim, Datenschutzbeauftragte Frau Adelheid Jost
Nahweinstr. 80
55450 Langenlonsheim
E-Mail: datenschutz@vqlangenlonsheim.rlp.de

Landesdatenschutzbeauftragter:

Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz
Postfach 3040, 55020 Mainz
E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de

Von den Datenschutzhinweisen wurde Kenntnis genommen:

(Datum, Unterschrift)

**Erklärung über vorhandenes Einkommen des Hilfesuchenden
bzw. der gesamten Bedarfsgemeinschaft/Haushaltsgemeinschaft**

Name				
Anschrift				
	Zutreffendes bitte ankreuzen	ja	nein	Betrag
Erzielen Sie Erwerbseinkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit?				
Erzielen Sie Einkommen aus selbständiger Tätigkeit? (Gewerbebetrieb, Land- u. Forstwirtschaft, selbständige oder freiberufliche Tätigkeit)				
Erzielen Sie Einkommen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinserträge aus Sparguthaben) oder aus Vermietung/Verpachtung?				
Erhalten Sie Kranken- oder Übergangsgeld?				
Erhalten Sie eine Alters-, Erwerbsminderungsrente (bzw. Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeitsrente –Altfälle-) Hinterbliebenenrente (Witwen-/Witwer-/Waisenrente), Unfall-, Betriebs-, Werks- oder Zusatzrente bzw. sonstige Renten oder Pensionen?				
Bestehen Rentenansprüche oder Lücken im Versicherungsverlauf, die noch nicht geklärt wurden?				
Waren Sie im Ausland erwerbstätig? Wenn ja, bitte Unterlagen vorlegen.				
Erhalten Sie eine ausländische Rente?				
Erhalten Sie landwirtschaftliches Altersgeld, Produktionsaufgaberente, Deputate (Lebensunterhalt in Naturalien) oder sonstige Bezüge aus der Landwirtschaft?				
Haben Sie für den Erwerb Ihrer Rentenansprüche freiwillige Beiträge geleistet? (z.B. Zusatzrente oder Aufstockung der gesetzl. Rente)				
Erhalten Sie Leistungen nach dem SGB XII?				
Erhalten Sie Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)?				
Erhalten Sie Kindergeld?				
Erhalten Sie Leistungen der Agentur für Arbeit wie Arbeitslosengeld (nach SGB III), Leistungen nach dem SGB II, Eingliederungshilfe, Konkursausfallgeld, Unterhaltsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe oder andere Leistungen?				
Erhalten Sie privatrechtliche Unterstützungs- oder Unterhaltsleistungen?				
Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz?				
Erhalten Sie Elterngeld?				
Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltsbeihilfegesetz (UBG) oder nach dem BAföG?				
Haben Sie Anspruch auf vertragliche Leistungen, z.B. freie Kost oder Wohnrecht?				
Erhalten Sie Wohngeld?				
Erhalten Sie Pflegegeld oder sonstige Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit?				
Erhalten Sie Blindengeld, Leistungen für hochgradig Sehbehinderte oder Gehörlose?				
Erhalten Sie Erziehungsbeiträge für Pflegekinder?				
Bestehen Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten?				
Beantworten Sie die folgenden Fragen auch, wenn Sie noch keine der nachstehenden Leistungen erhalten, aber zu einem der nachstehenden Personenkreise gehören.				
Erhalten Sie Leistungen als				
• Kriegsbeschädigte/r im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes?				
• Wehrdienstbeschädigte/r (als Soldat oder Zivilperson) im Sinne des Soldatenversorgungsgesetzes?				
• Zivildienstbeschädigte/r im Sinne des Zivildienstgesetzes?				
• Beschädigte/r im Sinne des Bundesgrenzschutzgesetzes?				
• Geschädigte/r infolge einer Gewalttat im Sinne des Opferentschädigungsgesetzes?				
• Beschädigte/r im Sinne des Häftlingshilfegesetzes?				
• Impfgeschädigte/r im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes?				

Zutreffendes bitte ankreuzen	ja	nein	
Sind Sie Familienmitglied oder Hinterbliebene/r einer Person, die zu einem der vorgenannten Personenkreise gehört bzw. vor ihrem Tod hierzu gehörte oder durch Kriegsereignisse gefallen oder verschollen ist?			
<p>Als Familienmitglied gelten: Ehegatte, Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder, sonstige Angehörige in häuslicher Gemeinschaft, Personen, deren Ausschluss eine offensichtliche Härte bedeuten würde. Als Hinterbliebene gelten: Witwe/r, Waisen, Verwandte der aufsteigenden Linie, insbesondere Eltern.</p> <p>Name des Beschädigten/Geschädigten/Gefallenen/Verschollenen: _____</p> <p>Geburtstag: _____ ggf. Todestag: _____</p>			
Erhalten Sie Leistungen nach den Gesetzen zur Bereinigung von SED-Unrecht?			
Erhalten Sie eine pauschale Eingliederungshilfe nach § 9 Abs. 2 BVFG?			
Haben Sie für das vergangene Jahr eine Einkommenssteuererstattung erhalten oder haben Sie noch einen Anspruch darauf?			
Beziehen Sie sonstiges Einkommen, das vorstehend nicht erwähnt wird?			
Art des Einkommens: _____			
Sind eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen beantragt, aber bislang noch nicht bewilligt worden?			
Art der Leistung: _____			
Beantragt bei : _____			
Haben Sie in der Vergangenheit auf Einkommen der o.g. Art oder sonstige Ansprüche verzichtet (z.B. Wohn- oder Verpflegungsrechte aus Übertragungsvertrag o.ä.)?			
Art des Anspruches: _____			
Höhe/Wert: _____			

Bitte legen Sie zur Bestätigung Ihrer obigen Angaben vollständige Nachweise vor!

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben –bezogen auf mich und alle Personen meiner Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaft– vollständig und wahrheitsgemäß sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und dass ich zu Unrecht erhaltene Sozialhilfeleistungen zu erstatten habe (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X / § 103 Abs. 4 SGB XII). Sollten sich während des Sozialhilfe-/ Grundsicherungsbezugs Veränderungen in den vorgenannten Verhältnissen ergeben, so habe ich dieses umgehend dem Sozialamt mitzuteilen (§ 60 Sozialgesetzbuch I).

Ort, Datum

Unterschrift

Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft:

**Erklärung über vorhandenes Vermögen des Hilfesuchenden
bzw. der gesamten Bedarfsgemeinschaft/Haushaltsgemeinschaft**

Name			
Anschrift			
Girokonten Wie hoch ist das Guthaben? _____ €		Bank/Konto-Nr:	Bank/Konto-Nr:
Sparbücher Wie hoch ist das Guthaben? _____ €		Bank/Konto-Nr:	Bank/Konto-Nr:
Sonstige Geldanlagen Wie hoch ist das Guthaben? _____ €		Art:	Art:
Bargeld Über wie viel Bargeld verfügen Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung? _____ €			
		Zutreffendes bitte ankreuzen	
Sind Sie verfügungsberechtigt/bezugsberechtigt über ein Girokonto bzw. Sparbuch oder eine sonstige Geldanlage/Versicherung einer anderen Person? Inhaber/Anschrift: _____ Art der Anlage: _____ Bankverbindung: _____ ● Zu allen vorstehenden Punkten bitte Kontoauszüge/Unterlagen der letzten 6 Monate vorlegen.		Ja	Nein
Sind Sie Eigentümer/Miteigentümer eines Hausgrundstücks oder eines sonstigen Grundbesitzes (z.B. unbebaute Grundstücke, Ackerland usw.?) Art des Grundstückes/Eigentumsanteil: _____ / _____ Lage des Grundstückes (Ort/Gemarkung, Flur, Flurstück) _____			
Sind Sie Inhaber oder Teilhaber einer Firma oder eines Gewerbebetriebes oder üben Sie eine freiberufliche Tätigkeit aus? Name und Anschrift und Art der Tätigkeit: _____			
Sind Sie Eigentümer von Wertpapieren, Sparbriefen etc.?			

	Ja	Nein
Haben Sie einen Bausparvertrag? Bausparkasse: _____ Vertrags-Nr.: _____ Bausparkasse: _____ Vertrags-Nr.: _____		
Sind Sie Eigentümer von Hypotheken oder sonstigen Forderungen /Lohnforderungen gegenüber Dritten?		
Haben Sie Lebens-, Sterbegeld-, Aussteuer- oder andere vermögensbildende Versicherungen abgeschlossen?		
Haben Sie eine Unfall-, Kranken- oder Krankenhaustagegeldversicherung?		
Sind Sie Eigentümer von Kraftfahrzeugen wie z.B. PKW, LKW, Motorrad, Anhänger, Wohnwagen etc.? Typ: _____ Baujahr: _____ amtl. Kennzeichen: _____		
Nutzen Sie einen PKW von Dritten: Halter des PKWs: _____ Wer trägt die Unterhaltskosten, welche Kosten sind dies und wie hoch sind diese? (Kosten wie Versicherung, Steuer, Reparatur, Benzin usw.) _____ Gemäß § 118 SGB XII ist das Sozialamt berechtigt, Ihre Angaben bei der Zulassungsbehörde überprüfen zu lassen.		
Verfügen Sie über Schmuck- oder Kunstgegenstände, Sammlungen etc.?		
Haben Sie in den letzten 10 Jahren Vermögen auf andere Personen übertragen (Verkauf, Schenkung, Übertrag, Erbvertrag usw.)? Art des übertragenen Vermögens: _____		

Bitte legen Sie zur Bestätigung Ihrer obigen Angaben sowie zur Dokumentation des Wertes der jeweiligen Vermögensgegenstände vollständige Nachweise vor!

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben –bezogen auf mich und alle Personen meiner Bedarfs- gemeinschaft bzw. Haushaltsgemeinschaft- vollständig und wahrheitsgemäß sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und dass ich zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zu erstatten habe (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X/§ 103 Abs. 4 SGB XII). Sollte ich während des Sozialhilfe-/Grundsicherungsbezuges Eigentümer von Vermögen, Wertgegenständen oder Versicherungen – wie oben näher beschrieben- werden, so habe ich dies umgehend dem Sozialamt mitzuteilen (§ 60 Sozialgesetzbuch –Erstes Buch-).

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage zum Antrag auf Grundsicherung

Angaben über alle Unterhaltspflichtigen

Name, Vorname, Geburtsdatum des Leistungssuchenden:

Unterhaltspflichtiger: -Name, Vorname -Geburtsdatum	Anschrift:	ausgeübter Beruf:	Liegt das jährliche Einkommen über 100.000 €?
Vater:			
Mutter:			
Kind 1:			
Kind 2:			
Kind 3:			
Kind 4:			
Kind 5:			
getrennt lebender oder geschiedener Ehegatte:			entfällt, keine Eink.grenze! Bitte legen Sie uns das komplette Schei- dungsurteil vor.

Datum/Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters

Angaben zur Prüfung eines möglichen Rentenanspruches

Name, Vorname, Geburtsdatum des Leistungssuchenden:

<input type="checkbox"/> Ich lege einen aktuellen Versicherungsverlauf bei.	
Meine Rentenversicherungsnummer lautet:	
Ich habe folgende Beschäftigungszeiten und Ausbildungszeiten:	
<input type="checkbox"/> Ich habe Kinder geboren oder Kinder erzogen.	
Kind 1:	
Kind 2:	
Kind 3:	
Kind 4:	
Kind 5:	
Weitere Bemerkungen:	