

Eingang:	<b>Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)</b>	Aktenzeichen:
----------	--	---------------

**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 die Richtigkeit der Angaben 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.

**Antrag auf**

- Hilfe zum Lebensunterhalt  
 sonstige Leistungen

Für die Angaben zur dritten und weiteren Personen füllen Sie bitte den Ergänzungsbogen aus.

**Persönliche Verhältnisse**

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) nicht getrennt lebend <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> minderjähriges Kind <input type="checkbox"/> _____
Familiename		
Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
Sozialversicherungsnummer		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
Haben Sie bereits Sozialleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? _____ Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? _____ Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
Staatsangehörigkeit		
Sind Sie Spätaussiedler/in?	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> Nein

**Für Ausländer**

Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status?		
Sind Sie Kontingentflüchtling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann/warum sind Sie nach Deutschland eingereist?	Datum: _____ Grund: _____	Datum: _____ Grund: _____
Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt?		

<b>Hatten Sie Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Falls ja:</b> Bitte vollständig angeben und erläutern, ggf. auf einem Extra-Blatt	Ihr dortiger Wohnort (von – bis) _____ <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer Zeit der Erwerbstätigkeit (von – bis) _____ Erwerbstätigkeit als _____ bei _____	Ihr dortiger Wohnort (von – bis) _____ <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer Zeit der Erwerbstätigkeit (von – bis) _____ Erwerbstätigkeit als _____ bei _____

### Angaben zur Betreuerin / zum Betreuer / Beistandschaft des Jugendamtes

Haben Sie eine/n Betreuer/in oder einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie Nachweise bei <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie Nachweise bei <input type="checkbox"/> Nein
<b>Familienname, Vorname</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Telefonnummer</b>		
<b>Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus o. ä.)?</b>	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
<b>Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Nein
<b>Leben Sie in einer ambulant betreuten Wohnform?</b>	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wer hat die Kosten getragen?</b>		

### Unterhalt

Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B.: Scheidungsurteil, Unterhaltsregelung).

### Angaben zu dem / der geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten / Ehegattin oder Partner / Partnerin

	1. Person	2. Person
<b>Familienname</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum und -ort</b>		
<b>Straße, Hausnummer</b>		
<b>PLZ, Ort</b>		
<b>Haben Sie Unterhaltsansprüche gegen Ihre/n geschiedene/n oder getrennt lebende/n Ehegatten/ Ehegattin oder Ihre/n Partner/ Partnerin einer Lebenspartnerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____  <input type="checkbox"/> Ich habe auf Unterhalt verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt <input type="checkbox"/> Ja, aber ich habe meine Unterhaltsansprüche noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe meine Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____  <input type="checkbox"/> Ich habe auf Unterhalt verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt <input type="checkbox"/> Ja, aber ich habe meine Unterhaltsansprüche noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe meine Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel

## Angaben zu weiteren unterhaltspflichtigen Angehörigen

(z.B.: Eltern, Kindesvater/-mutter außerhalb des Haushaltes; Kinder – auch aus früheren Ehen –, nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder)

Familiennamen, Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort	Verwandschafts- verhältnis	Familienstand	Beruf / zurzeit ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
		zu Pers. Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			
		zu Pers. Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			
		zu Pers. Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			
		zu Pers. Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			

### Kosten der Unterkunft

Wie viele Personen leben in der Wohnung?		
Wie groß ist die Wohnfläche?	_____ m <sup>2</sup>	
Wann sind Sie in die Wohnung eingezogen?		
Wie hoch ist die Miete einschließlich Nebenkosten (ohne Heizkosten)?	_____ EUR	
Ist die Wohnung möbliert gemietet? (Falls ja, bitte die dafür anfallenden Kosten angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ EUR
Zahlen Sie Nebenkosten für den Haushaltsstrom an Ihren Vermieter? (Falls ja, bitte die Kosten angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ EUR
Haben Sie Einnahmen aus Untervermietung? (Falls ja, bitte die Höhe der Untermieteinnahme angeben.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ EUR
Mit welcher Energieart heizen Sie?	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Wie hoch ist die monatliche Vorauszahlung für Heizkosten?	_____ EUR	
Wie erfolgt die Warmwasseraufbereitung?	<input type="checkbox"/> Heizung <input type="checkbox"/> Strom	

### Kranken- und Pflegeversicherung

	1. Person	2. Person
Wo sind Sie versichert?		
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat
Bei freiwilliger oder privater Versicherung: Wie hoch ist der monatliche Beitrag?	_____ EUR	_____ EUR
Sind Sie im Krankheits- oder Pflegefall beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____

### Einkommen und Vermögen

**Für die Angaben über Einkommen und Vermögen sind die Seiten 5-8 auszufüllen.**

## Mehrbedarf

**Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor  
(z.B.: Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid  
über die Schwerbehinderung; ärztliche Bescheinigungen).**

	1. Person	2. Person
<b>Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ %	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ %
<b>Falls ja: Ist das Merkzeichen „G“ oder „aG“ eingetragen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Ursache der Behinderung</b>	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonst. Gründe _____	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonst. Gründe _____
<b>Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Haftpflichtversicherung) (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
<b>Wurde gegen den Schadenversacher geklagt? (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
<b>Sind Sie schwanger?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Falls ja: Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin?</b>	_____	_____
<b>Sind Sie allein erziehend?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Benötigen Sie wegen einer Krankheit oder Behinderung eine besondere und deswegen teure Ernährung?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Bankverbindung</b>		
<b>Kontoinhaber</b>	_____	_____
<b>Kreditinstitut</b>	_____	_____
<b>IBAN</b>	_____	_____
<b>BIC</b>	_____	_____
<b>Mit folgenden Direktzahlungen bin ich einverstanden:</b>	<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter <input type="checkbox"/> Energiekosten an den Versorger <input type="checkbox"/> Beitrag an die Kranken- bzw. Pflegekasse	

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, Rente) geltend gemacht werden können.

**Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, jede vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalte usw. (auch von Haushaltsangehörigen), unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch nicht versicherungspflichtiger oder geringfügiger, werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass ich die Verbandsgemeinde Langenlonsheim vor einem evtl. von mir beabsichtigten Umzug rechtzeitig zu informieren habe.**

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärung erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte – auch die während meines letzten Krankenhausaufenthaltes – von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger oder Sozialhilfeträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe. Ich bin auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ich der Übermittlung meiner besonders schutzwürdigen Sozialdaten bereits jetzt widersprechen muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin. (§ 76 SGB X).

Soweit ein Ergänzungsbogen beigefügt wird, ist dieser Gegenstand des Antrags auf Leistungen nach dem SGB XII. Die hier gemachten Angaben und abgegebenen Erklärungen gelten entsprechend auch für alle dort genannten Personen. Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum

1. Person Unterschrift

2. Person Unterschrift

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

<b>Name</b>				
<b>Anschrift</b>				
	<b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Betrag</b>
Erzielen Sie <b>Erwerbseinkommen</b> aus nichtselbständiger Tätigkeit?				
Erzielen Sie <b>Einkommen</b> aus selbständiger Tätigkeit? (Gewerbebetrieb, Land- u. Forstwirtschaft, selbständige oder freiberufliche Tätigkeit)				
Erzielen Sie <b>Einkommen</b> aus Kapitalvermögen (z.B. <b>Zinserträge aus Sparguthaben</b> ) oder aus Vermietung/Verpachtung?				
Erhalten Sie <b>Kranken- oder Übergangsgeld</b> ?				
Erhalten Sie eine Alters-, Erwerbsminderungsrente (bzw. Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeitsrente –Altfälle-) Hinterbliebenenrente (Witwen-/Witwer-/Waisenrente), Unfall-, Betriebs-, Werks- oder Zusatzrente bzw. sonstige Renten oder Pensionen?				
Bestehen <b>Rentenansprüche</b> oder Lücken im Versicherungsverlauf, die noch nicht geklärt wurden?				
Waren Sie im <b>Ausland</b> 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 <b>Rentenansprüche freiwillige Beiträge</b> 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 <b>Kindergeld</b> ?				
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 <b>privatrechtliche</b> Unterstützungs- oder Unterhaltsleistungen?				
Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz?				
Erhalten Sie <b>Elterngeld</b> ?				
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 <b>Wohngeld</b> ?				
Erhalten Sie <b>Pflegegeld</b> oder sonstige Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit?				
Erhalten Sie <b>Blindengeld</b> , Leistungen für hochgradig Sehbehinderte oder Gehörlose?				
Erhalten Sie <b>Erziehungsbeiträge</b> für Pflegekinder?				
Bestehen <b>Schadensersatzansprüche</b> gegenüber Dritten?				
<b>Beantworten Sie die folgenden Fragen auch, wenn Sie noch keine der nachstehenden Leistungen erhalten, aber zu einem der nachstehenden Personenkreise gehören.</b>				
Erhalten Sie Leistungen als				
• <b>Kriegsbeschädigte/r</b> im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes?				
• <b>Wehrdienstbeschädigte/r</b> (als Soldat oder Zivilperson) im Sinne des Soldatenversorgungsgesetzes?				
• <b>Zivildienstbeschädigte/r</b> im Sinne des Zivildienstgesetzes?				
• <b>Beschädigte/r</b> im Sinne des Bundesgrenzschutzgesetzes?				
• <b>Geschädigte/r</b> infolge einer Gewalttat im Sinne des Opferentschädigungsgesetzes?				
• <b>Beschädigte/r</b> im Sinne des Häftlingshilfegesetzes?				
• <b>Impfgeschädigte/r</b> im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes?				

Zutreffendes bitte ankreuzen	ja	nein	Betrag
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 <b>Familienmitglied</b> gelten: Ehegatte, Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder, sonstige Angehörige in häuslicher Gemeinschaft, Personen, deren Ausschluss eine offensichtliche Härte bedeuten würde.  Als <b>Hinterbliebene</b> 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**

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

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

## **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,
- 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 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.

**b.w.**

#### 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@vglangenlonsheim.rlp.de](mailto:rathaus@vglangenlonsheim.rlp.de)

Behördlicher Datenschutzbeauftragter:

Verbandsgemeinde Langenlonsheim, Datenschutzbeauftragte Frau Adelheid Jost

Nahweinstr. 80

55450 Langenlonsheim

E-Mail: [datenschutz@vglangenlonsheim.rlp.de](mailto:datenschutz@vglangenlonsheim.rlp.de)

Landesdatenschutzbeauftragter:

Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Postfach 3040, 55020 Mainz

E-Mail: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)

Von den Datenschutzhinweisen wurde Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)