

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII

Ausgegeben: Datum	Eingegangen:	Eingangsvermerk
Aktenzeichen		

Stadt Göttingen
 Fachbereich Soziales
 Hiroshimaplatz 1-4
 37083 Göttingen

Hinweis:

Um die Ihnen zustehenden Leistungen Ihrer Situation entsprechend gewähren zu können, ist die umfassende Kenntnis Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erforderlich. Aus diesem Grund ist die Beantwortung der nachfolgenden Fragen notwendig. Bitte füllen Sie den Antrag deshalb möglichst vollständig aus. Falls sich bei einzelnen Fragen Schwierigkeiten ergeben sollten, ist Ihnen der Sachbearbeiter/die Sachbearbeiterin gern behilflich.

Absender*in:

Name	Vorname
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	

Ich beantrage ab für	Datum (TT.MM.JJJJ)		
	Name	Vorname/n	
Antragsteller*in (Person 1)			
Ehe-/ Lebens- Partner*in (Person 2)			
Weiteres Haushalts- mitglied (Person 3)			
Weiteres Haushalts- mitglied (Person 4)			

In meinem Haushalt leben weitere Personen (ein Ergänzungsblatt für weitere Personen ist beigelegt).

einmalig laufend

Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII in Form von

- Hilfe zum Lebensunterhalt Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zur Gesundheit
- Hilfe zur Pflege Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
- Hilfe in anderen Lebenslagen
 - Hilfe zur Weiterführung des Haushalts/Haushaltshilfe
 - Altenhilfe
 - Blindenhilfe
 - Hilfe in sonstigen Lebenslagen

Der Lebensunterhalt wurde bisher wie folgt bestritten:

--

Grund/Ursache der Notlage:

--

1.1. Persönliche Verhältnisse (Bei minderjähriger Antragstellerin/ minderjährigem Antragsteller bitte die Eltern, sofern sie im Haushalt leben, unter Person 3 und 4 eintragen)		Antragstellende Person (Person 1)		Partner*in (Person 2)		
		<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ist <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> alleinerziehend		<input type="checkbox"/> Ehepartner*in <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft		
Name (Ggf. Geburtsname)						
Vorname/n						
Anschrift		Straße, Hausnummer				
		PLZ, Ort				
		Telefonummer (freiwillige Angabe für Rückfragen)		Telefonummer (freiwillige Angabe für Rückfragen)		
		E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		
Geburtsdatum		Datum (TT.MM.JJJJ)		Datum (TT.MM.JJJJ)		
Geburtsort (Auch Kreis)		PLZ, Ort		PLZ, Ort		
Familienstand: (Bei geschiedenen Ehegatten bitte Scheidungsurteil vorlegen: Getrennt lebende Ehegatten benennen bitte, sofern vorhanden, den Rechtsbeistand. Lebenspartnerschaften nach dem Lebens- Partnerschaftsgesetz (LPartG) legen bitte die Lebenspartnerschaftsurkunde vor.)		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit		
Ausgewiesen durch (Personalausweis, Aufenthaltstitel usw.)		Nummer		Nummer		
Staatsangehörigkeit/en						
nur von ausländischen Personen auszufüllen	Aufenthaltsstatus					
	Visum		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Aufenthaltserlaubnis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Blaue Karte EU		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Niederlassungserlaubnis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Erlaubnis zum Daueraufenthalt - EU		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Duldung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Fiktionsbescheinigung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Aufenthaltsgestattung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
	Asylsuchende*r?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Kontingentflüchtling?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Asylberechtigte*r?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bürgerkriegsflüchtling?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Spätaussiedler*in?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kriegsbeschädigte*r Hinterbliebene*r		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

	Person 1	Person 2
Wurden von einem anderen Sozialleistungsträger Sozialleistungen bezogen? (Z.B. ambulante Betreuung, Pflegeleistungen durch ein Sozialamt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leistungsträger (Behörde):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leistungsträger (Behörde):
	Leistungsart:	Leistungsart:
	Bis wann?	Bis wann?
Ist ein*e Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r bestellt? Wenn ja, bitte Bestallungsurkunde, Betreuerausweis oder Vertretungsvollmacht vorlegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein als: <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein als: <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r
	Name, Vorname/n, Anschrift, Telefonnummer	Name, Vorname/n, Anschrift, Telefonnummer
Name und Sitz der Krankenkasse / Krankenversicherung		
Versichertennummer		
Private Krankenversicherung Bitte Versicherungspolice und letzte Beitragsrechnung beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Krankenversicherung pflichtversichert? freiwillig versichert? familienversichert? Bitte Bescheinigung/Beitragsbescheid der Krankenkasse über die <u>Art der Versicherung</u> beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über
Beitragshöhe Krankenversicherung	€	€
Pflegeversicherung	€	€
Ggf. Zusatzbeitrag	€	€
Rentenversicherung (RV) Rententräger		
Rentenversicherungsnummer		
Liegen Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland vor? Bei „Ja“ bitte Erläuterungen auf gesondertem Blatt zu Wohnort, Erwerbstätigkeit und Zeiten der Erwerbstätigkeit beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

1.2. weitere Haushaltsmitglieder <small>(Angaben zu evtl. weiteren Personen (ab Person 5) bitte auf dem Ergänzungsblatt machen)</small>		Person 3	Person 4
Name <small>(Ggf. Geburtsname)</small>			
Vorname/n			
Telefonnummer			
Verwandtschaftsverhältnis <small>(Bei nichtehelichen Kindern bitte den Vater unter 10. angeben bzw. anderer Status (z.B. Mitbewohner*in) zur nachfragenden Person)</small>			
Geburtsdatum		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum (TT.MM.JJJJ)
Geburtsort (auch Kreis)		PLZ, Ort	PLZ, Ort
Familienstand <small>(Bei geschiedenen Eheleuten bitte Scheidungsurteil vorlegen: Getrennt lebende Eheleute benennen bitte, sofern vorhanden, den Rechtsbeistand. Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) legen bitte die Lebenspartnerschaftsurkunde vor.)</small>		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit
Ausgewiesen durch <small>(Personalausweis, Aufenthaltstitel usw.)</small>			
		Nummer	Nummer
Staatsangehörigkeit/en			
nur von ausländischen Personen auszufüllen	Aufenthaltsstatus		
	Visum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Blaue Karte EU	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Erlaubnis zum Daueraufenthalt - EU	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Fiktionsbescheinigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Asylsuchende*r?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kontingentflüchtling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Asylberechtigte*r?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bürgerkriegsflüchtling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Spätaussiedler*in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kriegsbeschädigte*r Hinterbliebene*r	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurden von einem anderen Sozialleistungsträger Sozialleistungen bezogen? <small>(z.B. ambulante Betreuung, Pflegeleistungen durch ein Sozialamt)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Leistungsträger (Behörde):	Leistungsträger (Behörde):	
	Leistungsart:	Leistungsart:	
	Bis wann?	Bis wann?	

	Person 3	Person 4
Ist ein*e Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r bestellt? Wenn ja, bitte Bestallungsurkunde, Betreuerausweis oder Vertretungsvollmacht vorlegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	als: <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r	als: <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r
	Name, Vorname/n, Anschrift, Telefonnummer	Name, Vorname/n, Anschrift, Telefonnummer
Name und Sitz der Krankenkasse / Krankenversicherung		
Versichertennummer		
Private Krankenversicherung Bitte Versicherungspolice und letzte Beitragsrechnung beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Krankenversicherung pflichtversichert? freiwillig versichert? familienversichert? Bitte Bescheinigung/Beitragsbescheid der Krankenkasse über die <u>Art der Versicherung</u> beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja über
Beitragshöhe Krankenversicherung	€	€
Pflegeversicherung	€	€
Ggf. Zusatzbeitrag	€	€
Rentenversicherung (RV) Rententräger		
Rentenversicherungsnummer		
Liegen Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland vor? Bei „Ja“ bitte Erläuterungen auf gesondertem Blatt zu Wohnort, Erwerbstätigkeit und Zeiten der Erwerbstätigkeit beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Angaben zur Unterkunft

- Altteilervertrag (bitte beifügen)
 Eigenheim (bitte Angaben zu Nr. 6.3 und gesonderten Fragebogen: „Angaben zu Miet- und Wohneigentum“ ausfüllen und beifügen)
 Mietwohnung (bitte Mietvertrag und vom Vermieter ausgefüllte Mietbescheinigung vorlegen)
 Kostenloses Wohnrecht bei:

--

Hauptmieter*in ist Antragsteller*in Person Nr.

Untermieter*in ist Antragsteller*in Person Nr. kein Haushaltsmitglied

2.1 Vermieter*in

Name, Vorname, ggf. Firmenname	
Anschrift	
Nur bei Direktzahlung durch das Amt: Bankverbindung: IBAN	Name des Kreditinstitutes

2.2 Wohnung

Wohnfläche m ²	Anzahl der Räume (ohne Küche und Bad)	Ausstattung: <input type="checkbox"/> Vollmöbliert	<input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Teilmöbliert <input type="checkbox"/> Unmöbliert
Art der Heizung <input type="checkbox"/> Zentralheizung mit <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> keine Zentralheizung, sondern <input type="checkbox"/> Gasterme <input type="checkbox"/> Gaseinzelöfen <input type="checkbox"/> Öleinzelöfen <input type="checkbox"/> _____			

2.3. Besteht eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft (§ 20 SGB XII) mit den im Haushalt lebenden Personen?

Falls ja mit wem?	
-------------------	--

2.4 Kosten der Unterkunft

Grundmiete <small>monatlich (ohne Heiz- u. Nebenkosten)</small>	€	Miete wurde im Antragsmonat bereits gezahlt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nebenkosten <small>(ohne Heizkosten)</small>	€	Heizenergie wird selbst beschafft (z.B. Gas über Stadtwerke) <small>Bitte die letzte Abrechnung / Vertragsbestätigung vorlegen.</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heizkosten	€	Warmwasserbereitung	<input type="checkbox"/> erfolgt über die Heizungsanlage
Kabel/Satellitengebühr <small>(Sofern in der Miete enthalten)</small>	€		<input type="checkbox"/> erfolgt über ein externes Gerät, z.B. el. Durchlauferhitzer
Garage/Stellplatz <small>(Sofern in der Miete enthalten)</small>	€	Kochen mit	<input type="checkbox"/> Gasherd <input type="checkbox"/> Elektroherd
Weitere	€	Um welche Kosten handelt es sich?	
Monatliche Gesamtmiete	€		

Wurde bereits Wohngeld/Lastenzuschuss bewilligt?

nein ja

Betrag monatlich	Zeitraum

3. Einkommensverhältnisse aller im Haushalt lebenden Personen (Nichtzutreffendes bitte streichen)

(anzugeben sind alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert):

(Angaben zu evtl. weiteren Personen (ab Person 5) bitte auf dem Ergänzungsblatt machen)

Monatliches Einkommen (bitte durch entsprechende Belege/ Bescheinigungen nachweisen)	Person 1 (Antragsteller*in)	Person 2 (Ehe-/ Lebenspartner*in)	Person 3 (weiteres Haushalts- mitglied)	Person 4 (weiteres Haushalts- mitglied)
Art				
Renten und Pensionen				
Altersrente	€	€	€	€
Betriebsrente / VBL-Rente	€	€	€	€
Entschädigungsrente	€	€	€	€
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	€	€	€	€
Halbwaisen- / Waisenrente	€	€	€	€
Landwirtschaftliches Altersgeld	€	€	€	€
Pension	€	€	€	€
Renten aus privaten Altersvorsorgeverträgen (z.B. Riester-Rente, Rentenversicherung)	Art des Vertrages	Art des Vertrages	Art des Vertrages	Art des Vertrages
	Name des Unternehmens	Name des Unternehmens	Name des Unternehmens	Name des Unternehmens
	€	€	€	€
Renten nach dem BVG	€	€	€	€
Unfallrente	€	€	€	€
Witwen-/Witwerrente	€	€	€	€
Ausländische Renten				
Österreichische Rente	€	€	€	€
Schweizer Rente	€	€	€	€
Sonstige ausländische Rente	Land	Land	Land	Land
	€	€	€	€
Erwerbseinkommen				
Arbeitnehmertätigkeit (Z.B. geringfügige Beschäftigung)	€	€	€	€
Selbstständige Tätigkeit (Z.B. Gewerbe, freiberufliche Tätigkeit)	€	€	€	€
Land- und Forstwirtschaft	€	€	€	€

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Einkommen aus ehrenamtlicher Tätigkeit (z.B. Übungsleiterpauschale) Bitte Bescheinigung der Organisation vorlegen. Aus der Bescheinigung muss hervorgehen, auf welcher Rechtsgrundlage des Einkommensteuergesetzes die Vergütung gezahlt wird.	Art der Tätigkeit	Art der Tätigkeit	Art der Tätigkeit	Art der Tätigkeit
	Name der Organisation	Name der Organisation	Name der Organisation	Name der Organisation
	€	€	€	€
Lohnersatzleistungen				
Arbeitslosengeld I (Arbeitslosengeld II siehe nächste Seite)	€	€	€	€
Krankengeld	€	€	€	€
Übergangsgeld	€	€	€	€
Unterhaltsgeld	€	€	€	€
USG-Leistungen	€	€	€	€
Leistungen bei Schwangerschaft / Geburt				
Betreuungsgeld	€	€	€	€
Elterngeld	€	€	€	€
Mutterschaftsgeld	€	€	€	€
Einkommen aus Vermögen				
Miet- und Pachteinnahmen	€	€	€	€
Kapital- und Zinserträge	€	€	€	€
Ausbildungsbezogene Leistungen				
Leistungen bei Berufsausbildung / Studium	€	€	€	€
BAföG	€	€	€	€
Berufsausbildungsbeihilfe	€	€	€	€
Unterhaltsleistungen				
Ehegattenunterhalt	€	€	€	€
Unterhalt für Kinder	€	€	€	€
Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt	€	€	€	€
Unterhalt von Kindern	€	€	€	€

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Weitere soziale Leistungen				
Arbeitslosengeld II (Grundsicherung für Arbeitsuchende)	€	€	€	€
Pflegegeld (Für eigene Pflege)	€	€	€	€
Pflegegeld (Für die Pflege einer anderen Person)	€	€	€	€
Kindergeld u. Kinderzuschlag	€	€	€	€
Landesblindengeld	€	€	€	€
Wohngeld	€	€	€	€
Sonstiges Einkommen				
Privatrechtliche Geldwerte Ansprüche (Z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Leibrente, Taschengeld)	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte	Art	Art	Art	Art
	€	€	€	€

Ich bestätige, dass alle Einkünfte vollständig eingetragen sind und keine weiteren Einkünfte erzielt werden.

Wurden für Sie oder ein Mitglied des Haushaltes eine/mehrere der vorstehenden Leistungen beantragt, bzw. bestehen aus Ihrer Sicht Ansprüche auf eine der vorgenannten Leistungen?

- nein
 ja und zwar

für	Hintergrund für den Anspruch auf Leistung/en	
	Name/n	Leistung/en
	Versicherungs- oder Leistungsträger	Mitglieds- oder Versicherungsnummer

4. Ausgaben im Zusammenhang mit dem Erwerbseinkommen:

Aufwendungen (bitte durch entsprechende Belege/Bescheinigungen nachweisen) Art	Person Nummer _	Person Nummer _	Person Nummer _
Arbeitsmittel, Arbeitskleidung	€	€	€
Fahrtkosten zum Arbeitsplatz (Kosten für öffentliche Verkehrsmittel. Bitte Fahrkarte beifügen)	€	€	€
Kosten für doppelte Haushaltsführung (Monatliche Mietkosten)	€	€	€
Einfache Entfernung zwischen Arbeitsstätte und Wohnort	km	km	km
Sonstige Aufwendungen	€	€	€

5. Beiträge zu Versicherungen / Berufsverbänden

(Lebens-, Sterbegeld-, Rentenversicherungen bitte unter 6. angeben)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Art, Jahresbeitrag (z.B. Hausrat-, Haftpflicht-, Gewerkschaft, Sozialverband...)	Art	Art	Art	Art
	€	€	€	€
	Art	Art	Art	Art
	€	€	€	€
	Art	Art	Art	Art
	€	€	€	€

6. Vermögensverhältnisse aller im Haushalt lebenden Personen: (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Es ist jedes Vermögen im In- und Ausland – auch das nicht verwertbare – anzugeben, ausgenommen angemessener Hausrat.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
6.1 Vermögenswerte (bitte durch entsprechende Belege/Bescheinigungen nachweisen)				
Bargeld	€	€	€	€
Girokonten (Bitte vollständige Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen)	€	€	€	€
Spar- und Bankguthaben (Aktuelle Kontostände)	€	€	€	€
Forderungen gegen Dritte	€	€	€	€
Wertpapiere/Aktien (Aktueller Wert)	€	€	€	€
Bausparverträge	€	€	€	€
Lebensversicherungen (Aktueller Rückkaufswert)	€	€	€	€
Sterbegeldversicherungen (Aktueller Rückkaufswert)	€	€	€	€
monatlicher Beitrag	€	€	€	€
Vertragsbeginn am:	(Datum)	(Datum)	(Datum)	(Datum)
Staatlich geförderte Altersvorsorge (Z.B. Riester-Rente)	€	€	€	€
Private Altersvorsorge (Aktueller Rückkaufswert)	€	€	€	€
PKW, Motorrad, u. ä. Kraftfahrzeuge: Kennzeichen, Baujahr, Kilometerstand, Wert (Bitte Kfz-Schein, bzw. Zulassungsbescheinigung vorlegen)	Art/Kennzeichen	Art/Kennzeichen	Art/Kennzeichen	Art/Kennzeichen
	Erstzulassung am	Erstzulassung am	Erstzulassung am	Erstzulassung am
	km	km	km	km
	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €
Sonstiges Vermögen (Z.B. Schmuck, Münz- und Briefmarkensammlungen, wertvolle Einrichtungsgegenstände, Wohnwagen)	Art	Art	Art	Art
	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €
Geldwerte Ansprüche (Z.B. Nießbrauch, Altenteilsrechte)	Art	Art	Art	Art
	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €

6.2 Grundbesitz/Eigentum (bitte Grundbuchauszug vorlegen)

- Eigentumswohnung Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus gewerblich genutztes Grundstück
 Land-, Forstwirtschaftlich genutztes Grundstück

Bitte die Kulturart (Garten, Weide, Acker, Wald) und die Größe in ha angeben, ggf. auch den Viehbestand

- selbst genutzt/bewohnt
 nicht selbst benutzt/bewohnt

Art	Größe
Anschrift	Verkehrswert €

6.3 Übergabe (Schenkung oder Veräußerung) von Vermögenswerten (auch im Ausland) innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung (§§ 516 ff Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) (Bitte Nachweise vorlegen)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Barvermögen in Euro	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wertpapiere usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Zeitpunkt, Anlass, Art, Wert und Empfänger*in angeben				
Wurden Verträge zu Gunsten Dritter abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Für wen? (Name, Anschrift)				

7. Besonderer Mehrbedarf: Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für Angehörige innerhalb der Bedarfsgemeinschaft.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Schwangerschaft <small>(Mutterpass vorlegen)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Behinderung, Krankheit usw.				
Merkzeichen <small>Lt. Schwerbehindertenausweis/-bescheid</small>				
Grad der Behinderung in % <small>Lt. Schwerbehindertenausweis/-bescheid</small>	%	%	%	%
Krankheits- oder behinderungsbedingte kostenaufwendige Ernährung <small>(Ärztliches Attest vorlegen, den Vordruck erhalten Sie auf Anfrage)</small>				

8. Leistungen der Pflegeversicherung (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

Von der Pflegekasse werden **keine** Leistungen gewährt

Bei der Pflegekasse wurde am für Person ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt

Folgende Leistungen werden gewährt: Geldleistungen Sachleistungen

- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Name/n der pflegebedürftigen Person/en (bei mehreren bitte Pflegegrade und Art der Leistung angeben)

9. Vertraglich gesicherte Ansprüche

Weder ich, noch meine im Haushalt lebenden Angehörigen haben vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte.

Ich, beziehungsweise folgende, im Haushalt lebenden Angehörigen haben folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte.

Name der/des **Berechtigten**, z.B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf z.B. Schmerzensgeld, Pflege

Bitte den Vertrag beifügen.

Es bestehen weder gegen mich, noch gegen meine im Haushalt lebenden Angehörigen Ansprüche Dritter aus vergangenen oder bestehenden Verträgen oder ähnlichem.

Es bestehen Ansprüche Dritter gegen mich, beziehungsweise gegen folgende im Haushalt lebenden Angehörigen aus vergangenen oder bestehenden Verträgen oder ähnlichem.

Name der/des Verpflichteten , z.B. Mietschulden, offene Nebenkostenabrechnungen, Anspruch auf Schmerzensgeld	In Höhe von
	€

Bitte Unterlagen beifügen

10. Unterhaltsansprüche

(Unterhaltsansprüche können gegenüber Eltern, Kindern, getrennt lebenden oder geschiedenen Ehepartnern/ Lebenspartnern bestehen. Daher sind Angaben zu diesen Personen zu machen, auch wenn die Personen im Ausland leben. Sofern ein Unterhaltstitel oder eine Unterhaltsvereinbarung vorhanden sind, bitte immer vorlegen!)

Nicht im Haushalt lebende Angehörige zur Person 1 Keine Kinder beide Elternteile verstorben

Vater <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	
Mutter <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	
Getrennt lebende*r / geschiedene*r Ehepartner*in <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	
Kind 1	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	
Kind 2	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Kind 3	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Kind 4	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Nicht im Haushalt lebende Angehörige zur Person 2 Keine Kinder beide Elternteile verstorben

Vater <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Mutter <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Getrennt lebende*r / geschiedene*r Ehepartner*in <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Kind 1	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Kind 2	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Kind 3	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Kind 4	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Nicht im Haushalt lebende Angehörige zur Person 3

Vater (Sofern nicht Person 1 oder 2) <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Mutter (Sofern nicht Person 1 oder 2) <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

Nicht im Haushalt lebende Angehörige zur Person 4

Vater (Sofern nicht Person 1 oder 2) <input type="checkbox"/> Verstorben	
Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
berufliche Tätigkeit	

	Mutter (Sofern nicht Person 1 oder 2)	<input type="checkbox"/> Verstorben
Name, Vorname		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
berufliche Tätigkeit		

11. Aufenthaltsverhältnisse

11.1 In der unter Nummer 2 genannten Wohnung wohne ich/wohnen wir

- länger als einen Monat vor Antragstellung
 noch keinen Monat (weiter bei 11.2)

11.2 Ich bin/wir sind zugezogen am

von

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
--------	------------	-----	-----

11.3 Einreise nach Deutschland am über

- 11.4** Vor Antragstellung war ich, beziehungsweise folgende im Haushalt lebende/r Angehörige/r in einer Einrichtung (Krankenhaus, JVA, Heim o. ä.) untergebracht

Person Nr.	Name der Einrichtung	Dauer des Aufenthalts

Kostenträger des letzten Einrichtungsaufenthaltes

Letzte Anschrift vor Aufnahme in die Einrichtung

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

12. Bankverbindung

Kontoinhaber*in: Name (falls abweichend von Antragsteller*in)	
IBAN DE	Name des Kreditinstituts

Folgendes soll direkt überwiesen werden:

- Mietzahlungen an den Vermieter*in
 Energiekosten an Energierversorgungsbetriebe

13. Hinweis:

Aufgrund der gesetzlichen Regelung des § 32 a Abs. 2 SGB XII bin ich verpflichtet die monatlichen Beiträge zu einer freiwilligen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung direkt an Ihre Krankenkasse bzw. Krankenversicherung zu überweisen, solange die zu gewährenden Leistungen genau so hoch oder höher als die jeweiligen Beiträge sind.

Eine Direktzahlung (auch an die anderen von Ihnen angekreuzten Zahlungsempfänger*innen) kann nur solange vorgenommen werden, wie die Leistungshöhe mindestens dem Betrag der Direktzahlung

entspricht. Welche der beantragten Direktzahlungen tatsächlich durch den Leistungsträger erfolgen, wird Ihnen in dem jeweiligen Leistungsbescheid mitgeteilt.

14. Hinweis für den Fall eines Auslandsaufenthaltes

Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen (über 28 Tage) ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen (§ 41 a SGB XII).

Auslandsaufenthalte mit einer geplanten Dauer von mehr als vier Wochen sind vor der Ausreise schriftlich von Ihnen anzuzeigen.

Sofern kürzer geplante Auslandsaufenthalte auch aus unvorhergesehenen Gründen länger als vier Wochen dauern, müssen Sie dies unverzüglich mitteilen.

Überzahlte Leistungen sind von Ihnen zu erstatten.

15. Datenschutzrechtlicher Hinweis und Erklärung

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die zur Zahlbarmachung der Leistungen erforderlichen persönlichen Daten unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze erfasst, gespeichert und bearbeitet werden. Die in diesem Antrag enthaltenen Angaben werden auch für die Sozialhilfestatistik verwendet; sie können ohne Name und Anschrift der fachlich zuständigen obersten Bundesbehörde für statistische Sonderauswertungen übermittelt oder sonst für statistische Zwecke verwendet werden. Die Erhebung und Übermittlung der personenbezogenen Daten erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c und e, Art. 4 Nr. 2 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), § 67a ff. Sozialgesetzbuch (SGB) X, §§ 60 ff. SGB I. Dies erfolgt, weil diese Angaben zur Durchführung der Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) bzw. zur Ermittlung der für die Sozialleistung maßgeblichen Verhältnisse im Einzelfall erforderlich sind.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meinem Haushalt lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug -) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I) bin ich unterrichtet worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich vor Aufnahme der Arbeit gleichermaßen dem Leistungsträger anzeigen.

Die Hinweise zum Datenschutz für Leistungsberechtigte nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gem. Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung wurden mir ausgehändigt.

Ich bevollmächtige meinen Ehegatten/meine Ehegattin, meinen Lebenspartner/meine Lebenspartnerin bzw. meinen Partner/ meine Partnerin der eheähnlichen Lebensgemeinschaft für die Durchführung aller rechtlichen Angelegenheiten im Zusammenhang mit diesem Antrag.

	Ort, Datum	Unterschrift
Antragsteller*in		
(Ehe-/ Lebenspartner*in)		
Gesetzliche*r Vertreter*in falls Antragsteller*in minderjährig ist		

Antrag geprüft (Datum)	Unterschrift Sachbearbeiter*in
------------------------	--------------------------------

Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, daß sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65a Aufwendungsersatz

(1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Hinweise zum Datenschutz für Leistungsberechtigte nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gem. Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung

1.) Verantwortlicher der Datenerhebung

Die Stadt Göttingen, vertreten durch den Oberbürgermeister Rolf-Georg Köhler, Hiroshimaplatz 1-4, 37083 Göttingen, (Tel.: 0551/400-2300, Fax: 0551/400-2118, E-Mail: oberbuergermeister@goettingen.de), als vom Landkreis Göttingen für die Aufgabenerfüllung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) herangezogene Gemeinde, ist verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten.

2.) Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter
Kommunale Dienste Göttingen (kAÖR)
Paulinerstraße14
37073 Göttingen
Tel.: 0551/384-4151
E-Mail: DSB@goettingen.de

3.) Gesetzliche Grundlagen der Datenverarbeitungen

Gesetzliche Grundlagen für diese Datenverarbeitungen sind insbesondere die Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m. §§ 67 ff. SGB X, SGB IX, SGB XII sowie weitere spezialgesetzliche Regelungen.

Darüber hinaus ist gem. Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c) DSGVO eine Datenerhebung auch zulässig, wenn die von der Datenerhebung betroffene Person ihre Einwilligung erteilt hat.

4.) Verarbeitungszweck

Die Stadt Göttingen, als für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB XII herangezogene Kommune, verarbeitet Ihre Daten zum Zweck der gesetzlichen Aufgabenerfüllung nach den Vorgaben gesetzlicher Regelungen. Die Stadt Göttingen ist bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zur Gewährung von Geld-, Sach- und Dienstleistungen verpflichtet. Hierzu zählen insbesondere Leistungen zur Beratung, zur Sicherung des Lebensunterhalts und ggf. zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit. Personenbezogene Daten werden auch bei der Durchführung von Erstattungsansprüchen anderer Leistungsträger oder anderer Stellen, der Geltendmachung von gesetzlichen Anspruchsübergängen, der Bekämpfung von Leistungsmissbrauch, dem Forderungseinzug und zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten verarbeitet; ferner zur Erstellung von Statistiken und Kennzahlen sowie zur laufenden Berichterstattung und der Wirkungsforschung. Neben bestehenden gesetzlichen Mitteilungspflichten, werden die Daten auch zum Zweck der Überprüfung des Landkreises Göttingen als Sozialhilfeträger auf korrekte und wirtschaftliche Leistungserbringung, sowie zur Durchführung des automatisierten Datenabgleichs verarbeitet.

5.) Kategorien personenbezogener Daten

Nachfolgende Kategorien personenbezogener Daten werden durch den Stadt Göttingen, als zur Aufgabenerfüllung herangezogene Kommune der vorgenannten Aufgaben insbesondere verarbeitet:

a) Grunddaten inkl. Kontaktdaten

Hierzu gehören beispielsweise:

Kundennummer (AktENZEICHEN), Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, sowie Einreisestatus, Krankenversicherungs- / Rentenversicherungs- / Sozialversicherungsnummer, Bankverbindung.

b) Daten zur Leistungsgewährung

Hierzu gehören beispielsweise:

Einkommensnachweise, Vermögensnachweise, Leistungszeitraum, Leistungshöhe, Leistungsart, Unterkunft- und Heizkosten, Daten zur Krankenversicherung, Rentenversicherung, Daten zu Unterhaltsansprüchen / Regressansprüchen, Daten zur Kranken- / Renten- / Pflegeversicherung, Daten über Pflegebedürftigkeit, Daten zur Dauer und Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen, Daten zum Verfahren nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz.

c) Gesundheitsdaten

Hierzu gehören beispielsweise:

Begutachtungen oder Stellungnahmen durch das Gesundheitsamt oder des medizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung, der Krankenversicherung sowie Fachärzten.

6.) Empfänger oder Kategorien von Empfängern

Die o.g. Datenkategorien können zum Zweck der gesetzlichen Aufgabenerledigung an Dritte übermittelt werden. Hierzu gehören beispielsweise:

andere Sozialleistungsträger (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung, Wohngeldstelle), Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Finanzämter, Zollbehörden, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr, Gerichte, andere kommunale Fachbereiche, Kfz-Zulassungsstelle, Einwohnermeldebehörden, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für Steuern, Bundesrechnungshof, Gesundheitsamt, Frauenhäuser, Unterhaltspflichtige, Vermieter (wenn an diese direkt gezahlt wird), Energieversorger (wenn an diese direkt gezahlt wird), Grundbuchamt, Gutachterausschuss, Notare, Gutachter (zur Erstellung eines Verkehrswertgutachtens), Banken, Schulen (mit Einwilligung des Betroffenen).

7.) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden solange gespeichert, solange es zur Bearbeitung der Leistungsgewährung nach den vorgenannten Sozialgesetzbüchern und Spezialgesetzen, bzw. für sachliche und rechtliche Erwägungsgründe erforderlich ist, bzw. solange gesetzliche Vorschriften zur Aufbewahrung verpflichten.

8.) Datenquellen

Die Stadt Göttingen, als zur Aufgabenerfüllung herangezogene Gemeinde, darf unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen personenbezogene Daten auch bei anderen Personen oder öffentlichen oder nichtöffentlichen Stellen erheben. Dies können beispielsweise andere Sozialleistungsträger (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung etc.), Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Maßnahme- / Bildungsträger, andere kommunale Fachbereiche, Gesundheitsamt, Melderegister, Grundbuchämter etc. sein. Unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen können auch Daten aus öffentlichen Quellen, wie dem Internet oder dem Handelsregister erhoben werden.

9.) Ihre Rechte

a) Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Sozialdaten. Hierzu ist ein Antrag auf Auskunft zu stellen, in dem die Sozialdaten, über die Auskunft erteilt werden soll, näher zu bezeichnen sind (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 Abs. 2 SGB X).

b) Recht auf Berichtigung bzw. Vervollständigung

Sie haben das Recht auf Berichtigung Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten, sofern Ihre Daten unrichtig sind, bzw. ein Recht auf Vervollständigung, sofern die verarbeiteten Daten unvollständig sein sollten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 Abs. 2 SGB X).

c) Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung Ihrer Daten, sofern die Verarbeitung der Daten nicht mehr zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 Abs. 1 SGB X). An die Stelle einer Löschung der Daten tritt eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten, wenn die Stadt Göttingen, als zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB XII herangezogene Gemeinde Grund zu der Annahme hat, dass durch die Löschung Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigt werden.

d) Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X). Bei einer Einschränkung der Verarbeitung dürfen Ihre personenbezogenen Daten, abgesehen von der Speicherung, nur mit Ihrer Einwilligung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen verarbeitet werden.

e) Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X). Dieses Recht besteht gegenüber einer öffentlichen Stelle (hier: dem Stadt Göttingen als Erbringer der vorgenannten Leistungen) nicht, soweit an der Verarbeitung ein öffentliches Interesse besteht, das die Interessen der betroffenen Person überwiegt oder eine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung von Sozialdaten verpflichtet.

f) Beschwerderecht

Sie haben gem. § 81 SGB X das Recht sich an die nach Landesrecht für die Kontrolle des Datenschutzes zuständige Stelle zu wenden, wenn sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung von Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch in Ihren Rechten verletzt zu sein. Wenden Sie sich hierzu bitte an:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Prinzenstraße 5

30159 Hannover

Telefon 0511-120 4500

Fax 0511-120 4599

poststelle@lfd.niedersachsen.de

Stand August 2019