

Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

Bezirk Oberpfalz
- Sozialverwaltung -
Ludwig-Thoma-Str. 14
93051 Regensburg

1. Angaben zur Hilfe

Gewünschte Hilfe:	
Beginn der Hilfe:	
Name der Einrichtung / des Anbieters:	
Begründung:	(bei stationärer Hilfe, warum ambulante oder teilstationäre Hilfe nicht ausreichend ist)

2. Persönliche Angaben

	Hilfesuchende Person	Ehegatte / Lebenspartner / Eltern
Familienname		
Vorname		
Geburtsname (früherer Name)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	
	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> sonst. Ausländer <input type="checkbox"/> Staatenloser <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Vertriebener <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> Spätaussiedler <input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verstorben am: _____
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Telefon		

Bitte Nachweise beifügen



Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

Zuletzt ausgeübter Beruf		
Letzter Arbeitgeber		

3. Angaben zur Betreuer/Bevollmächtigung:

Betreuung durch Amtsgericht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vor- und Nachname	
Anschrift	
Telefon	

4. Sonstige Angaben zur Hilfesuchenden Person:

Krankenversicherung			
Krankenversichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name der Krankenkasse			
Rentenversicherung			
Name Rentenversicherungsträger			
Beihilfe (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)			
Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beihilfeberechtigter			
Beihilfe gewährende Stelle			
Krankheit, Behinderung (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit)			
Dauernde Behinderung, Krankheit besteht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ursache			
Ggf. Grad der Behinderung	%	festgestellt vom Zentrum Bayern Familie und Soziales	
Besteht eine wesentliche Sehbehinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sehschärfe	
Pflegeversicherungsleistungen			
Wurde ein Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sozialleistungen / Kriegsopferfürsorge			
Werden jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zeitraum (vom - bis)			
Name der Behörde			
Leistungsart			
Sonstige Sozialleistungen			
Wurden Anträge auf sonstige Sozialleistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> Renten <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Blindengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz <input type="checkbox"/> Entschädigung (Opferentschädigungsgesetz)		
Antragsdatum, Behörde, Aktenzeichen			
Antragsdatum, Behörde, Aktenzeichen			
Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bitte Nachweise beifügen

Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

5. Angaben zu früheren Ehegatten

Soweit die Ehe mit dem auf S. 1 angegebenen Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde bzw. die Ehegatten getrennt leben			
Urteil des Land-/Familiengerichts in			
vom		Aktenzeichen	
Frühere Ehegatten der/des Hilfesuchenden (soweit nicht bereits auf S. 1 angegeben)			
Vor- und Nachname			
Geburtsdatum		Ggf. Sterbedatum	
Anschrift			

6. Sonstige Personen, mit denen die/der Hilfesuchende noch in Haushaltsgemeinschaft lebt:

Familienname				
Vorname				
Ggf. Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Ggf. Sterbedatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				
PLZ, Wohnort				
Straße, Hausnummer				
Telefon				
Arbeitgeber				
Unterhaltsanspruch in Euro	€	€	€	€
Laufender Eingang der Unterhaltszahlungen	<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

7. Unterhaltspflichtige Angehörige der/des Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:

z.B. eheliche/nichteheliche/als eheliche erklärt/angenommen Kinder/Eltern.

Familienname				
Vorname				
Ggf. Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Ggf. Sterbedatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				

Bitte Nachweise beifügen

Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

PLZ, Wohnort			
Straße, Hausnummer			
Telefon			
Arbeitsgeber			

8. Wohnverhältnisse

Art der Unterkunft	<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Haus/Eigentumswohnung	Wohnfläche	m ²
Kaltmiete	€	Nebenkosten	€
Zentrale Warmwasserversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Freies Wohnrecht oder Nießbrauch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bisherige Wohnung gekündigt am:		zum	

9. Angaben zu den Aufenthaltsverhältnissen vor Aufnahme in die Einrichtung

Aufenthaltort während der letzten 2 Monate (vor Heimeintritt / Beginn Betreutes Wohnen)	
Bei Einrichtungswechsel	
Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung	
Bisheriger Kostenträger	
Bei Übertritt aus dem Ausland	
Datum des Grenzübertritts	
Ort des Grenzübertritts	

10. Angaben von Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland

Wohnort im Ausland			
Wohnort		von-bis	
Wohnort		von-bis	
Erwerbstätigkeit im Ausland			
Erwerbstätig als		von-bis	
Erwerbstätig als		von-bis	

11. Sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege, Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Pflichtteilergänzungsansprüche, Schadensersatz, etc.)

Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art	
Höhe	€
Verpflichteter	

Bitte Nachweise beifügen

Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

12. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG)

Hat die nachfragende Person oder haben Angehörige Schädigungen erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes
Sind Angehörige des Hilfesuchenden, aufgrund nebenstehender Ereignisse verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> der Ehegatte <input type="checkbox"/> ein Elternteil <input type="checkbox"/> ein Kind <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung gefallen/vermisst <input type="checkbox"/> am Kriegsleiden verstorben <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes verstorben <input type="checkbox"/> durch eine Gewalttat verstorben
Vor- und Nachname des Verstorbenen	
Geburtsdatum	
Sterbedatum	

13. Angaben zu den Einkommensverhältnissen im In- und Ausland

Einkommensarten mit Nummer (EK-Nr.)					
1) Arbeitnehmertätigkeit 2) Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit 3) Land- und Forstwirtschaft 4) Werte des Austrages 5) Landwirtschaftliches Altersgeld 6) Kindergeld 7) Krankengeld 8) Mutterschaftsgeld 9) Elterngeld 10) Betreuungsgeld 11) Arbeitslosengeld I 12) Arbeitslosengeld II 13) Übergangsgeld 14) Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung	15) Wohngeld/Lastenzuschuss 16) Werkstatteneinkommen 17) Altersrente 18) Rente wg. Erwerbsminderung 19) Witwenrente 20) Waisenrente 21) Halbwaisenrente 22) Betriebsrente 23) Unfallrente 24) Berufsunfähigkeitsrente 25) Entschädigungsrente 26) Ausländische Rente 27) Private Renten (z.B. Lebensversicherung) 28) Renten nach dem BVG	29) Pension/Hinterbliebenenversorgung 30) Lastenausgleich nach LAG 31) Miet- und Pachteinnahmen 32) Leistungen der Pflegekasse 33) Unterhaltszahlungen 34) Unterhaltsvorschuss Jugendamt (UVG) 35) BAföG 36) Berufsausbildungshilfe 37) Ausbildungsgeld 38) Ausbildungsvergütung 39) Zusatzversorgung 40) Landesblindengeld 41) Zinsen/Dividenden 42) Sonstiges			
Hilfesuchende Person			Ehegatte / Lebenspartner / Eltern		
EK-Nr.	Zahlende Stelle	Netto monatlich	EK-Nr.	Zahlende Stelle	Netto monatlich
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
Falls kein Einkommen, wovon wurde zuletzt der Lebensunterhalt bestritten?					

Bitte Nachweise beifügen

Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

14. Vom Einkommen absetzbare Beträge (z.B. Haftpflichtversicherung, freiwillige Krankenversicherung, Fahrtkosten)

Bezeichnung der Ausgabe	Betrag in Euro (monatlich)
	€
	€

Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens		
Entfernungskilometer zur Arbeitsstelle (einfache Wegstrecke)	km	km
Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel	€	€
Sonstige Aufwendungen	€	€

15. Vermögenswerte im In- und Ausland

	Hilfesuchende Person	Ehegatte / Lebenspartner / Eltern
Spar- und Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bankinstitut		
IBAN		
Kontostand		
Bankinstitut		
IBAN		
Kontostand		
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja, i.H.v. € <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, i.H.v. € <input type="checkbox"/> nein
Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Versicherung		
Versicherungsnummer		
Begünstigter		
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Vertragspartner		
Vertragsnummer		
Begünstigter		
Lebens- und Kapitalversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Vertragspartner		
Name der Versicherung		
Versicherungsnummer		
Aktueller Rückkaufswert		
Aktien- und Investmentanteile	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bankinstitut		
Wert	€	€

Bitte Nachweise beifügen

Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

20. Sonstige Angaben

--

Erklärung der antragstellenden Person

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

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Schweigepflichtentbindungserklärung / Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art 9 Abs. 2a Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Übermittlungsbefugnis von besonders schutzwürdigen Sozialdaten

Die Übermittlung von besonders schutzwürdigen Sozialdaten (insbesondere Gesundheitsdaten) ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Kriegsopferfürsorge

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Unterschrift zum Antrag

Ort, Datum	
------------	--

Unterschrift der Hilfesuchenden Person	Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner	Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter

Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Oberpfalz, Ludwig-Thoma-Straße 14, 93051 Regensburg, Telefon: 0941/9100-2001, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-oberpfalz.de.

Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BayBlindG, BayKHV, BVG, BaySchFG, LAG, UnterbrG, AufnG einschließlich entsprechender Beratung und der Vereinbarung zur Beteiligung des Freistaats an den Jugendhilfekosten für junge Volljährige, die als unbegleitete Minderjährige eingereist sind vom 24.07.2017. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten vom Sozialamt nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch -Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67a „Erhebung von Sozialdaten“, § 67b „Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung von Sozialdaten“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert.

Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 67d SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, Gerichte) übermittelt werden.

Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.bezirk-oberpfalz.de abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter oder von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ludwig-Thoma-Str.14, 93051 Regensburg, Telefon: 0941/9100-1820, E-Mail: datenschutz@bezirk-oberpfalz.de erreichen können.

Bestätigung der Behörde

Der Antrag auf Hilfe ist hier am	<input type="checkbox"/> aufgenommen worden. <input type="checkbox"/> eingegangen.
Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie beiliegen - eingesehen.	
Ort, Datum	
Unterschrift und Stempel Behörde	