

Antrag auf Leistungen der Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt für Leistungsberechtigte in einer besonderen Wohnform (SGB XII)

Nach §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind.

1. Persönliche Verhältnisse

Name (ggf. Geburtsname), Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet seit:
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> (bitte Kopie Pass/Aufenthaltsgenehmigung beifügen)
Anschrift	
Telefon (freiwillig)	
Rentenversicherungsnummer	

2. Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r (bitte Kopie Betreuerausweis/Vollmacht beifügen)

Vor- und Nachname	
Anschrift	
Telefon (freiwillig)	
E-Mail	

3. Bezug von Sozialleistungen

Wurden innerhalb der letzten 6 Monate von einem anderen Träger der Eingliederungshilfe Leistungen bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des letzten Bescheides beifügen)
Zeitraum	vom bis
Name der Behörde	

Wurden Anträge auf sonstige Sozialleistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Renten <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/>
Antragsdatum, Behörde, Aktenzeichen	
Antragsdatum, Behörde, Aktenzeichen	

Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (bitte Kopie des Bescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
--	---

3. Mehrbedarf/e

Regelmäßige Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen in Werkstatt, Förderstätte, Tagesbetreuung, T-ENE?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an folgenden Tagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag
Sind für die Zukunft bereits Abwesenheitszeiten von mindestens 2-wöchiger ununterbrochener Dauer (z.B. Reha, Krankenhausaufenthalte, etc.) geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schwerbehindertenausweis (bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am: <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:
Merkzeichen G oder aG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Schwangerschaft? (bitte ggf. Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche:
Ist der/die Leistungsberechtigte alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Namen und Geburtsdatum des/der Kind/er angeben:
Wird krankheits- oder behinderungsbedingt eine kostenaufwändige Ernährung benötigt? (bitte ggf. ärztliche Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4. Besondere Wohnform

Name der Wohneinrichtung	
Wohngruppe / Außenwohngruppe	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Wohn- und Betreuungsvertrag, gültig ab 01.01.2020	<input type="checkbox"/> vollständige Kopie ist beigelegt <input type="checkbox"/> liegt dem Bezirk bereits vor
Gesamtkosten der Unterkunft lt. Vertrag	Euro
Ist eine weitere Person im persönlichen Wohnraum / in den persönlich genutzten Räumlichkeiten untergebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges	

5. Einkommen

Bitte aktuelle Nachweise in Kopie beifügen (z.B. erstmaliger Rentenbescheid, Rentenanpassungsmitteilung zum 01.07. des laufenden Jahres, Verdienstbescheinigungen (Werkstattlohn der letzten 12 Monate), Kindergeldbescheid, Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres)

	Betrag	auszahlende Stelle bzw. Zahlungspflichtige/r
Rente (z.B. Altersrente, EM-Rente)	€	
Werkstatteinkommen (bitte Nachweis für die letzten 12 Monate vorlegen)	€	
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld)	€	
Pension / Hinterbliebenenversorgung (z.B. Waisengeld)	€	
Unterhaltszahlungen	€	
Wohngeld	€	
Vermietung oder Verpachtung	€	
Privatrechtliche / geldwerte Ansprüche	€	
Steuererstattung	€	
Kapitalerträge	€	

	Betrag	auszahlende Stelle bzw. Zahlungspflichtige/r
Sonstiges Einkommen:	€	
	€	
	€	
	€	
	€	
<input type="checkbox"/> Kein Einkommen		

6. Vom Einkommen absetzbare Beträge (Nachweise beifügen)

	Betrag	Zahlungsempfänger
Haftpflichtversicherung	€	
Beiträge für Sozialverbände (z.B. VdK)	€	
Sonstige	€	

7. Vermögen

Bitte aktuelle Nachweise in Kopie beifügen (z.B. Kontoauszüge der letzten drei Monate für alle Konten, Versicherungs-/Verträge (inkl. aktuellem Rückkaufswert), Policen)

	Betrag	Anmerkungen
Bargeld	€	
Taschengeldkonto (falls vorhanden Nachweis bei Einrichtung anfordern)	€	
Girokonto	Nr.: €	
Sparbuch	Nr.: €	
Sparbuch	Nr.: €	
Wertpapiere / Aktien	€	
Lebensversicherung	Nr.: €	
Sterbegeldversicherung	Nr.: €	
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente)	€	

	Wert	Anmerkungen
Hauseigentum		
Sonstiger Grundbesitz		
Kraftfahrzeug/e		
Ansprüche aus Übergabeverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch)		
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte		
Sonstiges Vermögen		
Vermögensübertragung auf andere Personen? (innerhalb der letzten 10 Jahre - z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: wenn ja, Höhe und Name des Empfängers angeben:	
Sind Angehörige verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: wenn ja, bitte Name, Geburtsdatum und ggf. Höhe des Erb-/Pflichtteils angeben:	

8. Bankverbindung der Leistungsberechtigten Person

Kontoinhaber/in	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

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.

Schweigepflichtsentbindungserklärung / 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.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Abdruck des Bescheides an den Leistungserbringer übermittelt wird. nein ja

Unterschrift zum Antrag

Um eine reibungslose Weiterverarbeitung zu gewährleisten, bitte wir Sie, davon abzusehen, die beigefügten Unterlagen zu klammern oder zu tackern. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum	Unterschrift Leistungsberechtigte Person bzw. Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

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, BayKfV, 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.

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.