

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Eingangsstempel

Für

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5-9 SGB XII, und zwar in Form von:
(z. B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe in besonderen Lebenslagen)

Ausgegeben am:

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
© by REPRO-PRINT VERLAG
56321 Rhens

1932
Jungling
Bestell-Nr. 400 410 1006 418
Tel. 0 89 / 3 74 36 - 0 Fax 0 89 / 3 74 36 - 3 44 services@junglingtag.de

I. Persönliche Verhältnisse:		Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
6	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
7	Vorname(n)		
8	Wohnanschrift: PLZ, Ort		
9	Straße, Nr.		
10	Telefon		
11	Geburtsdatum		
12	Geburtsort/Kreis		
13	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit*
14		<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit*	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit*
15		<input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr
		Datum*	Datum*
		*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung	*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung
		Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils
16			
17	Art der Unterhaltsregelung		
18	Staatsangehörigkeit		
19	Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status		
20	a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
21	b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit
22	c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
23	Ausweispapiere: Art und Nummer	<input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	<input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.
24	Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde		
25	in Deutschland lebend seit Geburt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Jahr des Zuzugs:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Jahr des Zuzugs:
26	Grund der Einreise		
27	Ich trage die überwiegenden Kosten des Haushalts (Stellung im Haushalt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein: Wer trägt die Kosten?	
28	Rentenversicherungs-Nr.		
29	Betreuer/in (Kopie der Bestätigungsurkunde beifügen)		
30	Anschrift		
31	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
32	a) Dauernd voll erwerbsgemindert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
33	b) falls erwerbsfähig	<input type="checkbox"/> unter 3 Std. erwerbsfähig <input type="checkbox"/> über 3 Std. erwerbsfähig (ärztliches Attest beifügen)	<input type="checkbox"/> unter 3 Std. erwerbsfähig <input type="checkbox"/> über 3 Std. erwerbsfähig (ärztliches Attest beifügen)
	Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)	gültig bis Datum Merkzeichen (G, aG?)	gültig bis Datum Merkzeichen (G, aG?)
		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kosten- aufwändigen Ernährung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPaG

II. Familienverhältnisse:

Außer der nachfragenden Person und ihrem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in **der Haushaltsgemeinschaft**

	1	2	3	4
34 Familienname (ggf. Geburtsname)				
35 Vorname(n)				
36 Geburtsdatum				
37 Geburtsort/Kreis/Land				
38 Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status				
39 a) Duldung	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja
40 b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig seit nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig seit nein <input type="checkbox"/> ja
41 c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gültig bis nein <input type="checkbox"/> ja
42 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*
43 Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person				
44 (bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse				
45 Sonstiges				
46 Sonstiges				
47 Bei Leistungsberechtigten im Alter von 15 bis unter 65 Jahren: Erwerbsstatus:				
a) Vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
48 b) Teilzeitarbeit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
49 Name u. Anschrift d. Arbeitgebers				
50 c) Arbeitslos gemeldet – mit SGB III-Leistung	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
51 Beginn der SGB III-Leistung	Datum	Datum	Datum	Datum
52 d) Arbeitslos gemeldet – mit SGB II-Leistung	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
53 Stamm-/Kunden-Nr.:				
54 Nicht erwerbstätig				
e) wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 f) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege v. Familienangehörig.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 g) wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 h) aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 i) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eheähnliche Verhältnisse

Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII).

Lebt der/die Hilfesuchende in einer eheähnlichen Gemeinschaft?

nein ja, mit wem?

Art des Einkommens monatlich	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige	
			1 EUR	2 EUR
Leistungen für Kinder				
84 Kindergeld				
85 Kinderzulage				
86 Erziehungsgeld				
87 Familiengeld				
88 Unterhalt nach BGB/LPartG				
89 Unterhaltsvorschuss nach UVG				
90 Unterhaltssicherung nach USG				
91 Wohngeld				
92 Leibrenten				
Renten/Pensionen (auch aus dem Ausland)				
93 Altersrente				
94 Erwerbsminderungsrente				
95 Rente wegen Arbeitslosigkeit				
96 Witwen/Witwerrente				
97 Waisenrente				
98 Landwirtschaftliches Altersgeld				
99 Knappschaftsrente				
100 Betriebsrente				
101 Zusatzrente				
102 Unfallrente				
103 Sonstige Renten (z. B. ausländische Renten)				
104 Pensionen				
105 Unterhaltshilfe				
106 Ausgleichsrente				
107 Entschädigungsrente				
108 BVG Grundrente				
109 Bafög-Leistungen				
110 Blindengeld				
111 Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler				
112 Übergangsgeld				
113 Leistungen Bezirk Obb.				
114 Sonstiges				
115 Sonstiges				

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	
			1	2
116 Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	EUR	EUR	EUR	EUR
117 Steuern auf Einkommen einschließlich Soli				
118 Kranken-/Pflegeversicherung				
119 Arbeitslosenversicherung				
120 Rentenversicherung				
121 Altersvorsorgebeiträge				
122 -versicherung				
123 -versicherung				
124 Lebensversicherung				
125 Unfallversicherung				
126 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens				
127 – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle				
128 – benutztes Verkehrsmittel				
129 – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km
130 Sonstiges				
131 Sonstiges				

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

	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	
			1	2
132 Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR
133 Bargeld (bei "Ja" Betrag angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag
134 Bank-/Sparguthaben Kreditinstitut	<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"/> ja
135 Kontonummer Girokonto				
136 Kontostand Girokonto				
137 Kontonummer Sparkonto				
138 Kontostand Sparkonto				
139 Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert	<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"/> ja
140 Forderungen (bei "Ja" Betrag angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Betrag
141 Bausparvertrag	<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"/> ja
142 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 160 bis 162 beachten)	<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"/> ja
143 Sterbegeldversicherung (bei "Ja" Zeilen 160 bis 162 beachten)	<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"/> ja
144 Unfallversicherung (bei "Ja" Zeilen 160 bis 162 beachten)	<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"/> ja

	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	
			1	2
145	EUR	EUR	EUR	EUR
146	<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"/> ja
147	<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"/> ja
148	<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"/> ja
149	<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"/> ja
150	<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"/> ja
151	<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"/> ja
152	<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"/> ja

VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

153	Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde
		Falls ja: wann? _____ in welcher Höhe? _____
		Bemerkungen _____

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

154	Glaubt die nachfragende Person oder sein/ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> ausländische Rente(n) <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____
155	Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____
156	Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ Az. _____

3. Versicherungsansprüche (Bitte Nachweise beifügen!)

157	Derzeit Mitglied welcher Kranken- und Pflegeversicherung ?	Monatsbeitrag _____ EUR
158	Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner
159	Familienversichert bei	
160	Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung, Unfallversicherung, staatlich geförderte/Private Rentenversicherung besteht bei Gesellschaft	
161	Aktuelle Rückkaufswerte	
162	Vertragsnummern	
163	Besteht ein Rentenanspruch , ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt/besteht bei _____
164		wann? _____
165	Falls der Antrag abgelehnt wurde	warum? _____
166		
167	Werden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
168	Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	
169	Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen
170	(Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben)	
171	Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

172	Zahl der Personen in der Wohnung:	Anzahl	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	davon untervermietet:	m ²
173	Gesamtkosten der Unterkunft:			EUR			
174	davon Kaltmiete:			EUR			
175	Nebenkosten:			EUR			
176	Heizungskosten:			EUR			
177	Kosten Stellplatz/Garage:			EUR			
178	Art der Beheizung	<input type="checkbox"/> Kohle/Holz	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> sonstige Art
179	Einnahmen aus Untervermietung			EUR			
180	Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Haushaltsstrom enthalten?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von EUR	
181	– Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von EUR	
182	– wird Warmwasser mit einem Boiler erzeugt?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

183 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, sind Nachweise über die Kosten/Belastungen vorzulegen.

3. Sonstige Angaben zur Unterkunft

184	Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
185	Bestehen Mietschulden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von EUR
186	Bestehen Schulden für Energielieferungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von EUR
187	Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?

IX. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

Erwerbsstatus	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
188 Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
189 Erwerbstätig als		
190 Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von _____ bis _____	von _____ bis _____
191	von _____ bis _____	von _____ bis _____
192 Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
193 Stamm-Nr./Kunden Nr.		
194 Nicht erwerbstätig		
e) wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195 f) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörig.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
196 g) wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
197 h) aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
198 i) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. Sonstiges:

199	Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
200	Falls ja, von welcher Behörde?	
201	Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
202	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
203	Falls ja, welche Behörde?	
204	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes	
205	Hat der/die nachfragende Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG, Bezirk Obb.), erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
206	Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.	

Bei Aufnahme in ein Heim oder eine stationäre Einrichtung (z. B. Krankenhaus)	
207 a) (bei Heimaufnahme oder Aufnahme in eine andere stationäre Einrichtung)	
	Aufenthaltsort/Wohnung in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme in die Einrichtung
208 b) (bei Übertritt von einer Einrichtung in eine andere Einrichtung)	
	Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung?
	Wer war bisher Kostenträger?
	Bezeichnung und Ort der Einrichtung
209 c) (bei Heimentlassung oder Entlassung aus einer anderen stationären Einrichtung)	
	Wo und wann war die nachfragende Person zuletzt außerhalb einer Einrichtung wohnhaft?

XI. Bankverbindung: Girokonto der nachfragenden Person:

210	Kontoinhaber	
211	IBAN	BIC

Erklärung der nachfragenden Person/ des Antragstellers und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/ Partners eheähnliche Gemeinschaft:

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

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Sollten nach Beendigung der Hilfe zu Unrecht ausgezahlte Hilfen auf meinem Konto eingehen, wird das Finanzunternehmen berechtigt, diese Leistung an den Sozialhilfeträger zurück zu überweisen. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

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 Arbeitslosengeld, 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.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

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

Datenschutzhinweise zum Sozialhilfeantrag 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 Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), das Erste Sozialgesetzbuch (SGB I), das Zwölfte Sozialgesetzbuch (SGB XII) und die dazu geltenden entsprechenden Durchführungsverordnung (VO), das Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG), das Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz (RBEG), die Sozialhilfedatenabgleichsverordnung (SozhiDAV), das Sozialgerichtsgesetz (SGG), und die Abgabenordnung (AO) enthalten Vorschriften zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern.

Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

Soweit es für die Durchführung des Sozialhilfeantrag bzw. zur Ermittlung der für die Sozialhilfe 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 DSGVO, §§ 67a ff. SGB X, §§ 60 ff. SGB I, § 4 SGB XII). Ihre zuständige Sozialverwaltung ist hierbei „Verantwortliche“ im Sinne des Artikels 4 Nr. 7 DSGVO.

Alle Kontaktdaten finden Sie unter Ziffer 11.

1. Datenerhebung (Art. 13 Abs. 1 c) DSGVO)

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII entscheiden zu können. Ihre Angaben 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 DSGVO handelt (Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit, Sexualleben oder der sexuellen Orientierung).

2. Datenerhebung bei anderen Stellen

Sofern die Haushaltsmitglieder nicht oder nicht vollständig an der Aufklärung des Sachverhalts mitwirken, kann die Sozialverwaltung auch Auskünfte einholen bzw. Daten erheben

- Bei anderen Stellen im Zusammenhang zwischen diesen und den Haushaltsmitgliedern bestehenden Rechtsverhältnissen (z.B. Vermieter/ Mietverhältnis, Arbeitseinkommen, Banken und Kreditinstitute) und bei anderen Personen im Hinblick auf möglicherweise gegen diese Personen bestehende Rechtsansprüche bzw. deren Voraussetzungen (z.B. unterhalts-verpflichtete Eltern/Kinder oder [frühere/getrenntlebende] Ehepartner) nach § 117 SGB XII.
- bei anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Agentur für Arbeit, Jobcenter, Familienkasse, Unterhaltsvorschussstelle, Sozialversicherungsträger, Krankenkassen) 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 nach § 21 Abs. 4 SGB X und – insbesondere bei selbständig tätigen Haushaltsmitgliedern – zur Einkommensteuererklärung oder zum bereits ergangenen Einkommensteuerbescheid nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb bzw. Nr. 2 AO.

3. Datenabgleich

Zur Vermeidung und Aufdeckung der rechtswidrigen Inanspruchnahme von Sozialhilfe wird ein regelmäßiger Datenabgleich für alle Haushaltsmitglieder, auch in automatisierter Form, insbesondere mit der Datenstelle der Rentenversicherung durchgeführt (§ 118 SGB XII ff. i.V. m. SozhiDAV). Es darf z.B. abgeglichen werden, ob während des Sozialhilfebezuges 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.

4. Datenverarbeitung im Rahmen der Bundesstatistik (Art. 13 Abs. 1e) DSGVO

Die für Bundesstatistik gemäß § 121 SGB XII erforderlichen Daten, werden nach den Vorgaben des § 122 ff. SGB XII übermittelt. Die für die Bundesstatistik gemäß § 128 a SGB XII erforderlichen Daten, werden nach den Vorgaben der §§ 128 b ff. SGB XII erhoben.

Die Daten dürfen hierfür an die in den §§ 126, 127, 128 h genannten Stellen, insbesondere die Statistikämter von Bund und Länder, weitergegeben werden.

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 (Art. 13 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer des Bezuges der Leistungen nach dem SGB XII und bis zum Ablauf der geltenden Aufbewahrungsfristen (10 Jahre) des Einheitsaktenplanes gespeichert. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt die Löschung der Daten. Innerhalb der vorstehend genannten Fristen besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO.

7. Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf einer Einwilligung; Beschwerde (Art. 13 Abs. 2 b) DSGVO

Wenn Sie eine **Auskunft** zu den zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Sozialverwaltung. 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** oder 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 die Sozialverwaltung 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 Sozialhilfebearbeitung besteht kein **Recht auf Datenübertragbarkeit** nach Art. 20 DSGVO, da die Datenverarbeitung in der Sozialhilfe im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Art. 21 Abs. 3 DSGVO). Es besteht auch kein Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Artikel 21 Abs. 1 DSGVO, da sozialhilferechtlich Vorschriften die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vorsehen (vgl. § 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.

8. Verweigerung notwendiger Informationen (Art. 13 Abs. 2 e) DSGVO

Sollte Sie notwendige Informationen nicht bereitstellen wollen, kann der Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII nicht geprüft werden. Dies hat zur Folge, dass über den Antrag nicht abschließend entschieden werden kann und infolge dessen auch keine Leistungen nach dem SGB XII bewilligt werden können.

9. Beschwerde (Art.13 Abs. 2 d) DSGVO) Sollten Sie mit den Auskünften Ihrer Sozialverwaltung bzw. mit der von ihr vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer **Beschwerde** an den Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde wenden.

10. Informationspflicht (Art. 13 Abs. 3 DSGVO)

Ist beabsichtigt, die personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck zu verarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt die Sozialverwaltung die Information über diesen Zweck der Weiterverarbeitung und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.

11. Kontaktdaten/Adressen

Verantwortlicher:
Landratsamt Freising
Sozialverwaltung
Landshuter Str. 31
85356 Freising
Tel.: 08161/600-0
www.kreis-freising.de

(behördlicher) Datenschutzbeauftragter:
Hans Schönhofer
Landratsamt Freising
Landshuter Str. 31
85356 Freising
Tel.: 08161/600-260
E-Mail: datenschutz-lra@kreis-fs.de

Landesdatenschutzbeauftragter:
Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD)
Wagmüllerstr. 18
80538 München
Tel.: 089/212672-0
E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de

212			
	Ort, Datum	Unterschrift der nachfragenden Person/des Antragstellers oder seines gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner eheähnliche Gemeinschaft

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

213	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Unterschrift des Aufnehmenden</div>
-----	--	---

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde:

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt.
(Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)

Ort, Datum

Mit _____ Anlagen an
die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

214	I. A.
-----	-------