

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Name/antragstellende Person: _____

Gewünschte Hilfe:
bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Hilfe zur Pflege in Einrichtungen
<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege
<input type="checkbox"/>	vollstationäre Dauerpflege

Einrichtung: _____

Ab wann: _____

Begründung: nicht ausreichendes Einkommen und Vermögen

Erklärung

Ich erkläre, dass die nachstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und 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.

Mir ist bekannt, dass gemäß § 26 SGB XII die Hilfe bis auf das Unerlässliche eingeschränkt werden kann, wenn das Einkommen oder Vermögen in der Absicht vermindert wurde, die Voraussetzungen für die Gewährung oder Erhöhung der Hilfe herbeizuführen und dass gemäß § 528 BGB ein Schenker von dem Beschenkten die Herausgabe des Geschenkes nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung fordern kann, soweit der Schenker nach Vollziehung der Schenkung außerstande ist, seinen angemessenen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert und mit entsprechenden Nachweisen dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, sich bei allen Banken und Sparkassen nach meinem jetzigen und früheren Guthaben zu erkundigen, wozu ich die Finanzinstitute hiermit vom Bankgeheimnis entbinde.

Der Vermögensfreibetrag beträgt gemäß § 90 SGB XII ab 01. Januar 2023:

- 10.000 € für jede leistungsberechtigte Person sowie für dessen Ehegatten oder Lebenspartner

Den Träger der Sozialhilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfgewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Das letztbehandelnde Krankenhaus und (soweit von dort notwendige Angaben nicht zu erhalten sind) den ambulanten Arzt entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für die Hilfgewährung erforderlich ist.

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Einkommensverhältnisse an die Einrichtung.

_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift Antragsteller)

Bitte übersenden Sie keine Originale!

§ 2 SGB XII – Nachrang der Sozialhilfe

[1] Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.

[2] Verpflichtungen anderer, insbesondere Unterhaltspflichtiger oder der Träger anderer Sozialleistungen, bleiben unberührt. Auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer dürfen deshalb nicht versagt werden, weil nach Recht der Sozialhilfe entsprechende Leistungen vorgesehen sind.

§ 2 SGB XII regelt den Nachrang der Sozialhilfe, der neben der menschenwürdigen Hilfe, der Hilfe zur Selbsthilfe (§ 1) und der Besonderheit des Einzelfalles (§ 9) einer der tragenden Grundsätze des SGB XII ist. Der Nachrang der Sozialhilfe besteht gegenüber

- den Möglichkeiten der Selbsthilfe
- den tatsächlichen Hilfeleistungen anderer
- den Verpflichtungen anderer
- bestimmten Ermessensleistungen anderer.

Die Selbsthilfe ist überwiegend in der Verpflichtung zu sehen

- zum Einsatz des Einkommens
- zum Einsatz oder der Verwertung des Vermögens
- zur Erschließung eigener Hilfsquellen.

Diese Verpflichtungen sollen die Gewährung von Sozialhilfe ausschließen oder ihre Leistung so niedrig wie möglich halten.

Zu den eigenen Hilfsquellen sind nach Lage des Einzelfalles u.a. zu zählen:

- Aktivieren eigener Kräfte
- Möglichkeiten der Kreditaufnahme
- Geltendmachung von Ansprüchen, insbesondere Unterhaltsansprüchen
- die Verpflichtung, nicht benötigten Wohnraum der eigenen Wohnung unterzuvermieten, soweit dies zulässig ist
- alle Handlungen, die Sozialhilfe überflüssig machen oder wesentlich mindern können.

Die vorrangig geltend zu machenden Ansprüche, insbesondere gegenüber

- anderen Sozialleistungsträgern
- den Unterhaltspflichtigen nach bürgerlichem Recht
- sonstigen Verpflichtungen (aus Vertrag, aus Dienstverhältnis, als Ersatzpflichtige aus unerlaubter Handlung oder als Haftungspflichtige)

werden durch das SGB XII nicht berührt.

Der Hilfesuchende muss vorrangige Ansprüche vor der Gewährung von Sozialhilfe geltend machen.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter folgender Telefonnummer:

Tel.: 04401 / 927-285 (Buchstabe A - E, O,P) Herr Lampel

Tel.: 04401 / 927-325 (Buchstabe F - K) Frau Struck

Tel.: 04401 / 927-379 (Buchstabe L - N) Frau Wulf

Tel.: 04401 / 927-466 (Buchstabe Q - T) Frau Jakobs

Tel.: 04401 / 927-680 (Buchstabe U - Z) Frau Frerichs

Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Gemäß §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer automatischen Datenverarbeitung elektronisch gespeichert und verarbeitet (§ 9 Abs. 1 BDSG).

1. Pers. Verhältnisse	a) des Hilfesuchenden	b) des Ehegatten (auch wenn verst., gesch. oder getr. Lebend)
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum	geb. am	geb. am
Geburtsort/-Land		
		verst. am
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Steuer-Ident-Nummer		
PLZ / Wohnort		
Straße, Haus-Nr.		
letzter Arbeitgeber		
Anschrift		
zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
zuletzt krankenversichert	bei	
Anschrift		
zuletzt rentenversichert	bei	
Anschrift		

2. Unterhaltspflichtige Angehörige des Hilfesuchenden (leibliche Kinder, Eltern)	
Name (ggf. Geburtsname)	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis zur hilfesuchenden Person	
Anschrift	
aktueller Beruf / Arbeitgeber	
Art des Einkommens	
Einkommen über 100.000 € brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

2. Unterhaltspflichtige Angehörige des Hilfesuchenden (leibliche Kinder, Eltern)

Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur hilfesuchenden Person		
Anschrift		
aktueller Beruf / Arbeitgeber		
Art des Einkommens		
Einkommen über 100.000 € brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur hilfesuchenden Person		
Anschrift		
aktueller Beruf / Arbeitgeber		
Art des Einkommens		
Einkommen über 100.000 € brutto / Jahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3- Angaben zum Betreuer bzw. Bevollmächtigten

Wurde für den Hilfesuchenden ein Betreuer gemäß Betreuungsgesetz bestellt?

nein **ja** durch Amtsgericht _____
Aktenzeichen: _____

Hat der Hilfesuchende jemanden bevollmächtigt? **ja** **nein**
(Kopie der Bestellsurkunde bzw. der Vollmacht bitte beifügen!)

Name, Anschrift und Telefonnummer, Email des Betreuers/Bevollmächtigten

Wirkungskreis d. Betreuung: _____

4. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatensorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG)

a) Haben der Hilfesuchende oder die im Folgenden genannten Angehörigen des Hilfesuchenden

Schädigung erlitten

- durch Kriegsereignisse,
- im militärischen Dienst der Bundeswehr oder
- bei Ausübung des Zivildienstes?

nein ja

5. Sonstige Angaben

a) Frühere Ehegatten des Hilfesuchenden (soweit nicht bereits auf S.1 angegeben)

Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag:

b) Soweit die Ehe(n) geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde(n) bzw. die Ehegatten getrennt leben:

Urteil des Land- / Familiengerichts _____ vom

Aktenzeichen: _____

(**Kopie** des Scheidungsurteils bzw. der Regelung über Unterhalt bitte beifügen!)

c) Beihilfeanspruch des Hilfesuchenden, seines Ehegatten: ja nein
(aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertragl. Vereinbarung)

Beihilfeberechtigter _____

Beihilfe gewährende Stelle _____

d) Dauernde Behinderung / Krankheit besteht durch Unfall o.ä. ja nein

e) Wurde der Grad der Pflegebedürftigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse festgestellt? (**Kopie** des Bescheides bitte beifügen!) ja nein

f) Hat der Hilfesuchende einen Schwerbehindertenausweis? ja nein
(falls ja, bitte **Kopie** beifügen)

Hat der Ehegatte bzw. Lebenspartner einen Schwerbehindertenausweis? ja nein
(falls ja, bitte **Kopie** beifügen)

g) Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt? ja nein
(Tag, Behörde, AZ; **Kopie** des Bewilligungsbescheids bitte beifügen!)

h) Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? ja nein
(Tag, Behörde, AZ; **Kopie** des Ablehnungsbescheids bitte beifügen!)

6. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

a) Bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung

Meldeadresse in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme:

(Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses bitte beifügen!)

b) Bei Übertritt von einer stationären Einrichtung in eine andere stationäre Einrichtung

Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine stationäre Einrichtung?

Wer war bisher Kostenträger?

Bezeichnung und Ort der Einrichtung:

Seit dem 01.01.2004 können in der Sozialhilfe grundsätzlich nur die Kosten für ein Doppelzimmer berücksichtigt werden. Von diesem Grundsatz kann nur abgewichen werden, wenn dies aufgrund einer fachärztlichen Stellungnahme medizinisch zwingend erforderlich ist.

c) Bei Übertritt aus dem Ausland

Tag und Ort des Grenzübertritts:

7. Bestehen sonst. Ansprüche oder Rechte gegen Dritte

Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte? Dazu zählen z.B.:

- Wohnrecht
- Anspruch auf Wartung und Pflege
- Darlehen
- Pflichtteilsansprüche
- Pflichtteilsergänzungsansprüche
- Schadensersatz

(Kopie des Vertrags bzw. der notariellen Urkunde bitte beifügen!)

nein **ja** **falls ja,**

Art, Höhe _____ Verpflichteter _____

Anschrift _____

8. Wirtschaftliche Verhältnisse des Hilfesuchenden und seines Ehegatten

Schlüsselzahlen für Einkommen

- | | |
|--|---|
| <p>1) Gesetzliche Rentenversicherung
 1.1 = Berufsunf.-Rente
 1.2 = Erwerbsunf.-Rente
 1.3 = Altersruhegeld
 1.4 = Witwen-, Waisenrente
 1.5 = Unfallrente
 1.6 = Grundrente</p> <p>2) Versorgung (BVG, HHG, SVG, OEG)
 2.1 = Grundrente, Kleiderverschleiß
 Schwerstbehindertenzulage
 2.2 = Pflegezulage, Führhundzulage
 2.3 = Elternrente
 2.4 = sonstige BVG-Rente
 2.5 = Ansgleichsrente</p> <p>3) Lastenausgleich
 3.1 = Unterhaltshilfe
 3.2 = Entschädigungsrente</p> <p>4) Öffentlicher Dienst
 4.1 = Ruhegehalt
 4.2 = Witwengeld
 4.3 = Waisengeld</p> <p>10) Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatenversorgungsgesetz (DVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder Opferentschädigungsgesetz (OEG)
 10.1 =</p> | <p>5) Rentenähnliche Leistungen
 5.1 = betriebliche Zuwendungen
 5.2 = Zusatzrente
 5.3 = Leibrente, Leibgeding
 5.4 = Altersgeld für Landwirte
 5.5 = Entschädigungsrente (BEG)
 5.6 = Unterhaltsbeiträge</p> <p>6) Sonstige Leistungen
 6.1 = Kindergeld
 6.2 = Landesblindengeld</p> <p>7) Einkommen aus Vermögen
 7.1 = Zinsen, Vermögensertrag
 7.2 = Vermietung, Verpachtung</p> <p>8) Leistungen der Kranken-, Pflegekasse
 8.1 = Krankengeld
 8.2 = Kurzzeitpflegegeld
 8.3 = Pflegegeld</p> <p>9) Sonstiges Einkommen
 9.1 =</p> |
|--|---|

Nettoeinkommen monatl.	a) des Hilfesuchenden	b) des Ehegatten
Entsprechende Schlüsselzahlen	/ €	/ €
vor den Einkommensbetrag	/ €	/ €
schreiben	/ €	/ €
	/ €	/ €
Einkommensangaben sind mit	/ €	/ €
Nachweisen zu belegen	/ €	/ €

Bitte **Kopie** der entsprechenden Nachweise beifügen!

9. Vermögensangaben**(Kopie des Vertrags bzw. der notariellen Urkunde bitte beifügen!)**

a) Ist Haus- oder Grundvermögen vorhanden?

 nein **ja** **falls ja,**

Art und Größe:	<input type="checkbox"/> Wohnhaus	_____ qm
	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	_____ qm
	<input type="checkbox"/> gewerblich genutztes Grundstück	_____ qm
	<input type="checkbox"/> sonst. Grundbesitz insgesamt	_____ ha
Lage:	_____	Eigentumsanteil: _____ v.H.

b) Wurden von Ihnen oder Ihrem Ehegatten Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Bargeld, Wertpapiere usw.) übertragen, übergeben oder verschenkt?

 nein **ja** **falls ja,**

Art:	_____	Zeitpunkt:	_____
Anlass:	_____	Höhe:	_____ €
Name, Anschrift des Empfängers	_____		

c) Es war / ist folgendes Bar-, Bank- oder Postbankguthaben sowie Wertpapiere o.ä. vorhanden
Bei Ehegatten sind die Konten beider anzugeben**(Kopien der Kontoauszüge bitte beifügen, die letzten vier Monate vollständig aufführen!)**

Kontonummer	Bankinstitut	Stand vor 12 Monaten	Stand vor 4 Monaten	Stand aktuell per

d) Sonstige Vermögenswerte: z.B. Antiquitäten, Kunstgegenstände, KFZ (siehe Anhang), usw.

10. Bestehen Sterbegeld- oder Lebensversicherungen?**(Bei Ehegatten sind die Versicherungen beider anzugeben!)** **nein** **ja** **(Kopien der Versicherungspolice(n) bitte beifügen!)**

_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift Antragsteller)

Fragebogen – Fahrzeughaltung

Wenn sie ein Fahrzeug besitzen und / oder auf Ihren Namen zugelassen haben, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen.

Das Halten von Fahrzeugen, die nicht unbedingt notwendig sind, kann unwirtschaftliches Verhalten im Sinne des § 26 SGB XII darstellen und die Kürzung der Leistung zur Folge haben.

Ein Fahrzeug, dessen Wert den Vermögensfreibetrag übersteigt, ist verwertbares Vermögen. Es kann daher gefordert werden, dass vor Inanspruchnahme öffentlicher Gelder das vorhandene Vermögen zur Bestreitung des geltend machenden Bedarfs eingesetzt wird. Dieses ist jeweils im Einzelfall zu prüfen.

- Ich besitze kein Fahrzeug
 Ich habe kein Fahrzeug zugelassen.

Ich besitze / unterhalte folgendes Fahrzeug:

Fahrzeugtyp: _____
Fabrikat: _____
Baujahr _____
Amtl. Kennzeichen des Fahrzeuges: _____
Zeitpunkt des Erwerbs / Kaufes: _____
Kaufpreis: _____ €
Versicherung monatlich: _____ €
Steuern: _____ €
Sonstige Kosten: _____ €

Die Kosten werden wie folgt bestritten:

Ich benötige das obige Fahrzeug aus folgenden Gründen:

Name, Vorname:

Merkblatt

Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13ff Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

- zurück an den Landkreis Wesermarsch

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO:

Landkreis Wesermarsch
Fachdienst 50 – Soziales
Poggenburger Straße 15
26919 Brake
Tel: 04401 927-0
[E-Mail: info@wesermarsch.de](mailto:info@wesermarsch.de)

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung(en) vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1c DSGVO

Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern. Eine Weitergabe Ihrer Daten in Länder außerhalb der EU oder an internationale Organisationen erfolgt nicht.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Grundsätzlich erfolgt keine Entscheidung, die ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt.

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden

- Rechte auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung
- Widerrufsrecht für zukünftige Verarbeitungen

Den/die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail bzw. postalisch unter
Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Landkreises Wesermarsch
Zweckverband KDO (Kommunale Datenverarbeitung Oldenburg)
Elsässer Straße 66
26121 Oldenburg
[E-Mail: Datenschutz@kdo.de](mailto:Datenschutz@kdo.de)

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.

Datum, Ort

Unterschrift