



50 - Sozialamt

50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29 · 49661 Cloppenburg

Hinweise zum Antrag auf Eingliederungshilfe

1. Erforderliche Nachweise zu den Einkünften

Die nachstehenden Belege sind zum Nachweis Ihrer Einkünfte über Einkommen vorzulegen. Bitte lesen Sie diese Aufstellung sorgfältig durch und fügen Sie die entsprechenden Nachweise in Kopie dem ausgefüllt und unterschriebenen Antrag auf Eingliederungshilfe bei.

Allgemein gilt: **Es sind immer die Einkommensnachweise des Vorvorjahres vorzulegen!**

Die Regel lautet „Jahr der Antragsstellung minus 2!“

(Beispiel: Eingliederungshilfeantrag wird in 2022 gestellt, also sind die Nachweise aus 2020 vorzulegen.)

Folgende Unterlagen sind als Nachweise von Einkünften geeignet:

- Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres der Antragsstellung
 - ➔ Wenn kein Einkommenssteuerbescheid vorliegt, sind alternativ die Verdienstbescheinigungen von Januar bis Dezember des Vorvorjahres vorzulegen
- Rentenbescheide/-mitteilungen des Vorvorjahres
- Pensionsmitteilungen des Vorvorjahres
- Bescheid über Sozialleistungen (ALG II („Hartz IV“), Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld usw.)
- Miet-/Pachtverträge (soweit Sie/Ihr Ehegatte Vermieter/Verpächter sind)
- Kontoauszüge von allen geführten Konten der letzten drei Monate

Sollten sich zum Zeitpunkt der Antragsstellung die Einkünfte zum Vorvorjahr erheblich verändert haben, sind ausnahmsweise die aktuellen Einkunftsnachweise des laufenden Jahres nachzuweisen. Eine erhebliche Abweichung zu den Einkünften des Vorvorjahres liegt in folgenden Fällen vor:

- Aufnahme einer Berufstätigkeit nach vorheriger Arbeitslosigkeit
- bei Rentenbeginn Wechsel des Arbeitsverhältnisses von Vollzeit- auf Teilzeitbeschäftigung
- erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung

2. Einkommensberechnungen

Ab dem 01.01.2020 gilt der Grundsatz des Wegfalls der Einsatzgemeinschaft. Das bedeutet, dass das Einkommen des Partners/der Partnerin grundsätzlich nicht mehr bei der Einkommensberechnung berücksichtigt wird.

Ausnahme: Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass sich durch Ihren Partner/Ihrer Partnerin Ihr Einkommensfreibetrag, ab dem ein Beitrag gezahlt werden muss, erhöhen kann. Um prüfen zu können, ob so eine Erhöhung zu Ihren Gunsten möglich ist, sind die Nachweise von Ihrem/Ihrer Partner/-in ebenfalls beizufügen.

3. Minderjährige Leistungsberechtigte

Wenn der/die Antragssteller/-in minderjährig ist, sind die Einkommensverhältnisse der mit ihm/ihr in einem Haushalt lebenden Elternteile ebenfalls zu prüfen.

Merkblatt
Informations- und Transparenzpflichten nach
Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO)
zum Gesamt- und Teilhabeplanverfahren Niedersachsen

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Herangezogene kommunale Körperschaft	Landkreis Cloppenburg - Sozialamt
Straße	Eschstraße 29
PLZ Ort	49661 Cloppenburg
Tel.	04471 / 15-0
E-Mail:	sozialamt@lkclp.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 vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 141 ff SGB XII bzw. §§ 117 ff SGB IX i.V.m. §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) 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. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

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.

Längstens 10 Jahre nach Beendigung ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

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

Den/die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter Datenschutzbeauftragter@lkclp.de

bzw. postalisch unter

Datenschutzbeauftragter des Landkreises Cloppenburg
 Kommunale Datenverarbeitung Oldenburg (KDO)
 Elsässer Straße 66
 26121 Oldenburg

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



Landkreis Cloppenburg
50 - Sozialamt
50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:
Az: 50.4/412 -

Antrag auf Eingliederungshilfe
nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen -

1. Beantragte Hilfeart

<input type="checkbox"/> Hilfe zur angemessenen Schulbildung	<input type="checkbox"/> Assistenzleistungen (ambulante Wohnbetreuung)
<input type="checkbox"/> Tagesstätte	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____
<input type="checkbox"/> Wohnen in besonderer Wohnform	<input type="checkbox"/> pers. Budget: _____
<input type="checkbox"/> Autismus-Therapie	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

2. Nachfragende Person (Antragsteller/-in)

Name, Vorname:		Steueridentifikationsnummer:
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):		Telefon/Handy:
Geburtsdatum und Geburtsort:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Beruf (bei Schülern: welche Schule)	Ausländerrechtlicher Status/Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	
Arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Bitte Nachweis beifügen!

3. Bei Heimunterbringung oder -entlassung/besondere Wohnform

<input type="checkbox"/> Aufnahme Heim/besondere Wohnform:	
Wo war Ihre Wohnung in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme/Eintritt in die besondere Wohnform?	
Wer war bisher Kostenträger?	

4. Angehörige

- **Ehegatte bzw. Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft**

Name, Vorname:		Nebensiehende genannte Person ist: <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in <input type="checkbox"/> Partner/-in eheähnlicher Gemeinschaft	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):		Telefon/Handy:	
Geburtsdatum/-ort:		Familienstand:	
Staatsangehörigkeit:	Ausländerrechtlicher Status/Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:		
Beruf:			
Arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

- **Vater**

Name, Vorname:		Familienstand:	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):		Telefon/Handy:	
Geburtsdatum/ggf. Sterbedatum:		Geburtsort:	
Beruf:		Staatsangehörigkeit:	

- **Mutter**

Name, Vorname:		Familienstand:	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):		Telefon/Handy:	
Geburtsdatum/ggf. Sterbedatum:		Geburtsort:	
Beruf:		Staatsangehörigkeit:	

- **Kinder** (auch Kinder aus früheren Ehen und Adoptivkinder, ggf. gesonderte Auflistung beifügen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Hinweis: Entsprechende Nachweise in den folgenden Punkten sind beizufügen!

5. Einkünfte (Alle Einkünfte der genannten Personen; die der Eltern nur dann, wenn Antragssteller/-in minderjährig und unverheiratet)

Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen, wo erforderlich	Antragssteller/-in EUR/Monat	Ehegatte/Lebens- partner/-in EUR/Monat	Vater EUR/Monat	Mutter EUR/Monat
---	---------------------------------	--	--------------------	---------------------

Arbeitseinkommen

<input type="checkbox"/> Selbständige Tätigkeit				
<input type="checkbox"/> Bruttoerwerbseinkommen (z. B. Werkstattlohn)				

Renten aus Sozialversicherung

<input type="checkbox"/> Altersrente				
<input type="checkbox"/> Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente				
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente (z. B. Witwen- oder Waisenrente)				
<input type="checkbox"/> Unfallrente				
<input type="checkbox"/> auch: Kindererziehungsleistungen				

Sonstige Renten (z. B. Betriebsrente) -bitte eintragen -

-rente				
-rente				
BVG: <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente				
<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente/Unterhaltsbeihilfe				
<input type="checkbox"/> Beamtenrechtliche Pension o. ä.				

Sonstige Einkünfte

<input type="checkbox"/> Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt				
Arbeitslosengeld: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II (Hartz IV)				
<input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Blindenhilfe				
<input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld				
<input type="checkbox"/> Miet- / <input type="checkbox"/> Pachteinnahmen				
<input type="checkbox"/> Kindergeld/Kinderzuschlag				
<input type="checkbox"/> Elterngeld				
<input type="checkbox"/> Kapitalerträge/Zinsen				
<input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen (z. B. Unterhaltsvorschuss- gesetz, Angehörige)				
<input type="checkbox"/> Wohngeld				
<input type="checkbox"/> BaföG <input type="checkbox"/> BAB				
<input type="checkbox"/> Sonstiges:				
<input type="checkbox"/> Beziehen Sie sonstige Sozialleistungen? Wenn ja, welche Art?				

6. Betreuer/-in, Bevollmächtigte/-r oder Vormund

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bitte ausfüllen:	
Name, Vorname:	Nebenstehende genannte Person ist: <input type="checkbox"/> amtliche/-r Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/-r <input type="checkbox"/> Vormund → Kopie Betreuerausweis/ Vollmacht beifügen!
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):	
Telefon/Handy:	
E-Mail	

7. Person des Vertrauens

Name, Vorname:
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):
Telefon/Handy:

8. Versicherungen**- Krankenversicherung**

Name, Adresse der Krankenkasse:	
<input type="checkbox"/> gesetzlich als Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwillig
<input type="checkbox"/> gesetzlich , in der Familienversicherung	<input type="checkbox"/> privat
bei: <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> auf Grundlage von § 264 SGB V
Falls Sie oder Mitglieder Ihrer Familie freiwillig oder privat versichert sind, die Höhe der Mitgliedsbeiträge eintragen:	
- Antragsteller/-in:	_____ EUR/Monat
- Ehegatte/Partner/-in/Eltern:	_____ EUR/Monat
- minderjährige unverheiratete Kinder:	_____ EUR/Monat

- Pflegeversicherung

Sind Sie pflegeversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
Name, Adresse der Pflegekasse:
Sofern Ihr Anspruch auf Pflegeleistungen erst später eintritt, wie lange dauert Ihre Wartezeit?

9. Andere Zahlungspflichten und Ansprüche

- Beihilfeanspruch Haben Sie einen Beihilfeanspruch auf beamtenrechtlicher Grundlage?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgender Anstalt:
Name, Adresse und Mitgliedsnummer:

14. Hinweise und Schlusserklärungen

1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrug führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsofferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und § 9 Abs. 3 AsylbLG). Deshalb werde ich **unverzüglich** und **unaufgefordert** alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen. Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

3. Hinweise/Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff. SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Ihre Daten können vom Landkreis Cloppenburg 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. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX)

Der Eingliederungshilfeträger informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrages ist der Landkreis Cloppenburg verpflichtet, die Bedarfsermittlung in einem Formular festzuhalten. Dieses Formular heißt Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni.). Die in der individuellen Bedarfsermittlung anhand des Formularsatzes B.E.Ni. erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab Antragsstellung gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens zehn Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem Landkreis Cloppenburg:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit.
- Ich willige ein, dass der Landkreis Cloppenburg die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
- Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
- Ich willige ein, dass der Landkreis Cloppenburg die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.

4. Bankgeheimnis

Ich ermächtige den Eingliederungshilfeträger, sich bei allen Geldinstituten, Bausparkassen, Versicherungen und dem Bundeszentralamt für Steuern nach meinen jetzigen und früheren Guthaben, den Kontobewegungen und über die verfügungsberechtigten Personen zu erkundigen, wozu ich diese Stellen hiermit vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entbinde.

5. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

6. Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und die Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in/gesetzliche/-r Vertreter/-in	Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft
------------	---	---



Landkreis Cloppenburg
50 - Sozialamt
50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:
Az: 50.4/412 -

Name, Vorname	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum	

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde hiermit die nachfolgend aufgeführten Ärzte/Kliniken und die Mitarbeiter/-innen des Sozial- und Gesundheitsamtes des Landkreises Cloppenburg von der gegenseitigen Schweigepflicht:

Hausarzt	
Facharzt	
Klinik	

Bemerkungen/Ergänzungen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in gesetzliche/-r Vertreter/-in
--

Landkreis Cloppenburg Der Landrat - Sozialamt - Eschstraße 29 49661 Cloppenburg	<h1>Vermögenserklärung</h1>	Für interne Vermerke: AZ: 50.4/412-
--	-----------------------------	---

Nachfragende Person (Antragsteller/in)

Name, Vorname sowie Anschrift:

Ehegatte bzw. Partner/in der nachfragenden Person

Name, Vorname sowie Anschrift:

Entsprechende Nachweise (z.B. Kontoauszüge, Verträge) sind immer mit vorzulegen!

1. Bewegliches Vermögen

Barvermögen (außerhalb von Sparkassen, Banken, usw.)

Nein Ja:

in Höhe von _____ EUR

(Bank-) Schließfach

Nein Ja:

Geldinstitut

IBAN / BIC

Inhalt:

Girokonto (alle Konten! Ggf. Extrablatt verwenden!)

Nein Ja:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

EUR

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

EUR

Sparguthaben (alle Konten! Ggf. Extrablatt verwenden!)

Nein Ja:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

EUR

Genossenschafts- / Gesellschaftsanteile

Nein Ja:

Bei:

Im Wert von: _____ EUR

Bei:

Im Wert von: _____ EUR

Aktien, Fonds

Nein Ja:

Deponiert bei:

Im Kurswert von: _____ EUR

Deponiert bei:

Im Kurswert von: _____ EUR

Bausparvertrag

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Bausparkasse:	Kontostand am _____ : _____ EUR
	Bausparkasse:	

Darlehensforderungen

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Gegen:	Fällig am: _____ : _____ EUR
--	--------	------------------------------

Versicherungen (Lebens- u. Unfallversicherungen; Rentensparverträge; etc.)

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Bei:	Kontostand am _____ : _____ EUR
	Bei:	Kontostand am _____ : _____ EUR
	Bei:	Kontostand am _____ : _____ EUR

Kraftfahrzeug (bitte Kopie Fahrzeugschein beifügen)

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Kennzeichen:	Baujahr:	Fabrikat:	km-Stand:
--	--------------	----------	-----------	-----------

Sonstige

(Wertgegenstände, Schmuck, Kunstgegenstände und dergleichen. Nicht als Vermögen in diesem Sinne sind solche Gegenstände anzusehen, die wegen ihres geringen Wertes allgemein nicht als Vermögen betrachtet werden – ggfs. Extrablatt verwenden.)

Werte:

Wertgegenstand	Kaufdatum	Kaufpreis _____ EUR
Wertgegenstand	Kaufdatum	Kaufpreis _____ EUR

2. Unbewegliches Vermögen**Grundvermögen** (auch Eigentumsanteile sind anzugeben)

Nein Ja, in Form von:

Grundbucheintrag vom:	Grundbuch:	Flur u. Flurstück, Gemarkung:	Grundstücksgröße:
<input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück	Nutzungsart (z.B. Wald, Grünland, etc.)	Pachtpreis/Jahr: _____ EUR	Verkehrswert (geschätzt): _____ EUR
<input type="checkbox"/> bebautes Grundstück	Art (z.B. Eigentumswohnung, Wohnhaus etc.):		Baujahr:
	Anschrift:	Wohn-/ Nutzfläche:	Verkehrswert (geschätzt): _____ EUR

3. Vermögensverminderung

Wurde Vermögen/Wurden Vermögensgegenstände in den letzten 10 Jahren verschenkt oder veräußert (auch vorweggenommene Erbfolge)? Ggfs. Extrablatt verwenden. Nein Ja:

Schenkungsgegenstand	Grund u. Zeitpunkt der Schenkung:	Empfänger (genaue Anschrift):	Wert: _____ EUR
Schenkungsgegenstand	Grund u. Zeitpunkt der Schenkung:	Empfänger (genaue Anschrift):	Wert: _____ EUR

4. Allgemeine Härteregelung

Würde durch eine Vermögensverwertung die angemessene Lebensführung wesentlich erschwert werden?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Grund:
Würde durch eine Vermögensverwertung die Aufrechterhaltung einer angemessenen Alterssicherung wesentlich erschwert werden?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Grund:

5a. Gründe, die eine Aufschiebung der Vermögensverwertung rechtfertigen

Ist die sofortige Vermögensverwertung zzt. möglich?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Grund:
Würde die <u>sofortige</u> Verwertung eine Härte darstellen?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Grund:

5b. Bereitschaft zur dinglichen Sicherung eines Rückzahlungsanspruchs

Falls Vermögen einzusetzen ist, jedoch der <u>sofortige Einsatz</u> aus den Gründen zu 5a) nicht möglich ist, sind Sie mit der Gewährung von Sozialhilfe als Darlehen und der dinglichen Sicherung des Rückzahlungsanspruchs einverstanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Falls nein, ist dann Ihr Antrag als erledigt anzusehen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

6. Sonstiges

Haben Sie	
- eine Sterbegeldversicherung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: i.H.v. _____ EUR
- Rücklagen für Bestattungskosten gebildet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
	<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorgevertrag i.H.v. _____ EUR
	<input type="checkbox"/> Sparkonto i.H.v. _____ EUR
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
- geklärte/ungeklärte Schadensersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte ggf. Extrablatt beifügen)
- geklärte/ungeklärte Erb- o. Vermächtnisansprüche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte ggf. Extrablatt beifügen)

7. Schlusserklärung

<p>Ich versichere die Wahrheit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich mich durch falsche oder unvollständige Angaben sowie durch Unterlassen einer späteren Mitteilung über etwaige Veränderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen vor Entscheidung über den Antrag bzw. während des Bezuges von Sozialhilfe/Eingliederungshilfe des Betruges schuldig mache. Die anliegenden Bestimmungen (Auszug SGB I und StGB) habe ich zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ich ermächtige den Sozialhilfeträger/Eingliederungshilfeträger, sich bei allen Geldinstituten, Bausparkassen oder Versicherungen und dem Bundeszentralamt für Steuern nach meinem jetzigen und früheren Guthaben, den Kontobewegungen und über die verfügungsberechtigten Personen zu erkundigen. Hierzu entbinde ich diese Stellen vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ich versichere, dass weiteres Vermögen nicht vorhanden ist.</p>

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in/gesetzliche/-r Vertreter/-in	Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft
------------	---	---

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil (SGB I)

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 Leistung zu erstatten hat.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt 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 und 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 nahestehenden 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.

§ 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.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, daß er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
 1. gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Urkundenfälschung oder Betrug verbunden hat,
 2. einen Vermögensverlust großen Ausmaßes herbeiführt oder in der Absicht handelt, durch die fortgesetzte Begehung von Betrug eine große Zahl von Menschen in die Gefahr des Verlustes von Vermögenswerten zu bringen,
 3. eine andere Person in wirtschaftliche Not bringt,
 4. seine Befugnisse oder seine Stellung als Amtsträger oder Europäischer Amtsträger mißbraucht oder
 5. einen Versicherungsfall vortäuscht, nachdem er oder ein anderer zu diesem Zweck eine Sache von bedeutendem Wert in Brand gesetzt oder durch eine Brandlegung ganz oder teilweise zerstört oder ein Schiff zum Sinken oder Stranden gebracht hat.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbsmäßig begeht.
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).