

hilfesuchende Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Eingangsvermerk/-stempel

HA

S. 1/2

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Stadt Chemnitz
Sozialamt
09106 Chemnitz

- Sozialhilfeantrag**
- Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem 2. Teil SGB IX**
- Antrag auf Ausgleichsleistungen nach dem BerRehaG**

Wichtige Hinweise:

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig aus und reichen Sie alle Anlagen vollständig ein. Ausfüllhinweise sind der jeweiligen Anlage beigelegt.

Unsere Akten werden elektronisch geführt. Reichen Sie bitte alle Unterlagen in Kopie ein. Aufgrund der elektronischen Bearbeitung Ihrer Akte werden alle eingereichten Unterlagen gescannt und nach 4 Wochen vernichtet. Originale werden nicht zurückgesendet.

Unterschreiben Sie bitte den Antrag sowie alle Anlagen.

Ich bin darüber informiert, dass das Sozialamt alle rechtlichen Grundlagen der Datenspeicherung und Datenübertragung einhält. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmisbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

Meine Erklärungen:

Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Das betrifft insbesondere:

- Personen, die sich im Haushalt aufhalten, unabhängig von verwandtschaftlicher Bindung,
- Angaben zum Einkommen und Vermögen, lückenlos,
- Angaben zu Kindern, Eltern, getrennt lebenden oder geschiedenen Ehe-/eingetragenen Lebenspartnern.

Mitwirkungspflichten

Ich bin verpflichtet, **alle Änderungen** der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich dem Sozialamt mitzuteilen. Insbesondere betrifft dies alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, in den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) sowie die Beantragung (und Leistungsgewährung) von Sozialhilfe bei anderen Trägern der Sozial-/Eingliederungshilfe, z. B. die Aufnahme in ein Ambulant Betreutes Wohnen.

Ununterbrochene **Auslandsaufenthalte** von **bis zu vier Wochen** (z. B. Urlaub, Besuche bei Angehörigen, Grabpflege) wirken sich auf die Leistungsgewährung nicht aus.

Grundsicherungsberechtigte, die sich **länger als 4 Wochen** ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der 4. Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen (§ 41 a SGB XII in der Fassung ab dem 01.07.2017).

Um mögliche Rechtsnachteile und eventuelle Rückforderungen zu viel erhaltener Leistungen zu vermeiden, soll das Sozialamt rechtzeitig vor Abreise über einen längeren Auslandsaufenthalt schriftlich informiert werden.

Der Grundsicherungsberechtigte muss das konkrete Datum seiner Rückkehr nach Deutschland nachweisen, z. B. durch Vorlage der Reisedokumente.

Ab diesem Zeitpunkt können die Leistungen wieder einsetzen, wenn die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Ohne Nachweis der Rückkehr nach Deutschland können Leistungen frühestens ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache im Sozialamt, Leistungsstelle SGB XII wieder erbracht werden.

Aushändigung des Merkblattes

Über meine Mitwirkungspflichten wurde ich mit dem ausgehändigten Merkblatt belehrt (§ 60 ff. SGB I).

Geltendmachung von Ansprüchen

Wenn ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren. Beispielsweise bei Schadensersatz wegen eines Unfalls oder in einem Versicherungsfall.

Datenschutzrechtliche Informationen

Ich bestätige, dass mir die Anlage „Datenschutzrechtliche Informationen“ ausgehändigt wurde.

Unterschrift/en

Ort, Datum	Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/ Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/ gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
------------	--	--

Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die handschriftlichen Änderungen und Ergänzungen richtig sind. Diese wurden mit mir besprochen und sind richtig.

Ort, Datum	Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/ Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/ gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
------------	--	--

Anlage

Datenschutzrechtliche Informationen nach Artikel 13 Abs. 1 und 2 DSGVO

zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Chemnitz im Zusammenhang mit Ihrem Antrag auf Leistungen des Sozialamtes

Die dazu erforderlichen Daten werden direkt bei Ihnen erhoben.

Die nachfolgenden Angaben sollen Sie insbesondere darüber informieren, wie die Stadt Chemnitz mit Ihren Daten umgeht und welche Rechte und Pflichten Sie in diesem Zusammenhang haben. So wird eine transparente und faire Datenverarbeitung im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere mit den Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), sichergestellt.

1 Verantwortliche/r für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten in o. g. Angelegenheit ist:

Stadt Chemnitz

Sozialamt

Bahnhofstraße 53, 09111 Chemnitz

Telefon: 0371 488-0

E-Mail: sozialamt@stadt-chemnitz.de

2 Datenschutzbeauftragte/r

Stadt Chemnitz

Datenschutzbeauftragte

09106 Chemnitz

Telefon: 0371 488-0

Fax: 0371 488-1992

E-Mail: datenschutz@stadt-chemnitz.de

3 Zweck der Verarbeitung

Die Stadt Chemnitz verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zu folgendem Zweck:

Durchführung der Aufgaben des Sozialamtes der Stadt Chemnitz

4 Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage von:

Art. 6 Abs. 1 c, e DSGVO, §§ 21 Abs. 4, 67 a ff. SGB X

Darüber hinaus ist gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn Sie Ihre Einwilligung erteilt haben.

5 Empfänger oder Kategorien von Empfängern

Der Verarbeitungszweck erfordert die Offenlegung der Daten an Dritte, wie z. B. andere Ämter der Stadt Chemnitz oder Behörden und Stellen außerhalb der Stadtverwaltung.

ja nein

Empfänger der personenbezogenen Daten können vorliegend sein:

Bitte beachten Sie, dass im Folgenden nur eine beispielhafte Aufzählung erfolgt. Die Empfänger der personenbezogenen Daten hängen von den konkreten Erfordernissen im Einzelfall ab:

- andere Sozialleistungsträger
- andere Ämter der Stadt Chemnitz
- Unterhaltspflichtige (Feststellung und Verfolgung von Unterhaltsansprüchen)
- Finanzamt (Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Antragstellers, Leistungsberechtigten, Unterhaltsverpflichteten)
- andere Behörden und Stellen außerhalb der Stadtverwaltung Chemnitz
- Leistungserbringer (Ausführung von Pflegeleistungen, Leistungen der Eingliederungshilfe, der Schuldnerberatung, aus dem Bildungs- und Teilhabepaket)
- Gerichte, Polizeibehörden (Durchführung von gerichtlichen oder Strafverfahren)
- Gutachter

Eine Übermittlung personenbezogener Daten an Drittländer erfolgt nicht.

6 Dauer der Speicherung

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer von zehn Jahren nach der Einstellung der Leistungen gespeichert.

7 Betroffenenrechte

Sie haben das Recht, von der Stadt Chemnitz eine Bestätigung zu verlangen, ob personenbezogene Daten, die Sie betreffen, verarbeitet werden. Liegt eine solche Verarbeitung vor, kann auf Antrag Auskunft über alle verarbeiteten Daten verlangt werden (Art. 15 DSGVO).

Ihnen stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zudem folgende Rechte zu:

- Recht auf Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung personenbezogener Daten (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 21 DSGVO)

8 Beschwerderecht

Sie haben nach Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Aufsichtsbehörde ist:

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Kontor am Landtag
Devrientstraße 5
01067 Dresden.

9 Verpflichtung zur Bereitstellung

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist für die Bearbeitung des o. g. Zwecks erforderlich.

Sie ist dafür gesetzlich vorgeschrieben.

ja, Rechtsgrundlage dafür ist: § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)

nein

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich.

Die Nichtbereitstellung der Daten hätte folgende Konsequenz:

Der Antrag auf Leistungen des Sozialamtes könnte nicht bearbeitet bzw. die Leistungen nicht bewilligt und ausgeführt werden. Sie müssten mit einer teilweisen oder vollumfänglichen Ablehnung oder Einstellung der beantragten Leistungen rechnen.

10 Entscheidungsfindung

Es erfolgt eine automatisierte Entscheidungsfindung.

ja nein

11 Weitere Informationen

Weitergehende allgemeine Informationen erhalten Sie unter anderem auf der Internetseite des Sächsischen Datenschutzbeauftragten, <http://www.saechsdsb.de>.

hilfesuchende Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Eingangsvermerk/-stempel

PV

S. 1/1

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Anlage Persönliche Verhältnisse

Angaben zur Person	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte
Name		
Vorname/n		
Geburtsname, früher geführte Namen		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Wohnanschrift - Straße, Haus-Nr.		
- PLZ, Ort		
Telefonnummer <i>(freiwillige Angabe)</i>		
E-Mail <i>(freiwillige Angabe)</i>		
Familienstand		
- seit (Datum)		
Staatsangehörigkeit		
Ausweisdokument - Art		
- Nummer		
In Deutschland lebend seit Geburt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
nein: seit Zuzug im Jahr		
Inhaber einer Spätaussiedler- bescheinigung (§ 4 BVFG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inhaber eines Schwer- behindertenausweises?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ja: - Bescheid vom		
- Grad der Behinderung (GdB)		
- Merkzeichen		
Besteht Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ja: welcher Pflegegrad (1-5)?		
Vormund/bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter - Name, Vorname		
- Straße, Haus-Nr.		
- PLZ, Ort		
- Telefon, E-Mail		

Unterschrift/en

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

Ort, Datum

Unterschrift hilfeschende Person bzw.
Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe-
rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/
Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

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

Anlage Personen im Haushalt

Tragen Sie hier die Angaben zu den weiteren Personen im Haushalt ein (z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte und weitere).

Angaben zur Person	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Name				
Vorname/n				
Geburtsname, früher geführte Namen				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
- seit (Datum)				
Verwandtschaftsverhältnis zur hilfesuchenden Person				
Staatsangehörigkeit				
In Deutschland lebend seit Geburt?	<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
nein: seit Zuzug im Jahr				
Inhaber einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)?	<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
Inhaber eines Schwerbehindertenausweises?	<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
ja: - Bescheid vom				
- Grad der Behinderung (GdB)				
- Merkzeichen				

Unterschrift/en

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

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
--	---	--

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

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Kranken- und Pflegeversicherung

Ausfüllhinweise finden Sie auf Seite 2.

Es besteht Kranken- und Pflegeversicherungsschutz.

	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte
Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		
Versicherten-/ Mitgliedsnummer		
Es handelt sich um eine		
- Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- private Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Familienversicherung bei folgendem Pflichtversicherten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Versichertennummer		

	im Haushalt lebende Personen			
Name, Vorname				
Krankenversicherungsschutz besteht über				
- eigene Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- folgende Person:				
Name, Vorname				
Versichertennummer				

Es besteht kein Kranken- und Pflegeversicherungsschutz.

Ich/wir bestimme/n folgende gesetzliche Krankenkasse zu meiner/unserer Krankenkasse:

Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Es bestand früher schon einmal Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bei:

Bezeichnung der Krankenkasse/Versicherung, ggf. Anschrift

Unterschrift/en

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

Ort, Datum	Unterschrift hilfeschende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer	Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer
------------	--	--

Ausfüllhinweise zur Anlage Kranken- und Pflegeversicherung (KV)

Damit wir Ihren Bedarf ermitteln können, benötigen wir Angaben zu Ihrem Kranken- und Pflegeversicherungsschutz. Füllen Sie dazu bitte dieses Formular aus.

Wenn Sie nicht krankenversichert sind, prüfen wir für Sie, welchen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz Sie erhalten können.

Wenn Sie privatversichert oder freiwillig versichert sind, reichen Sie bitte die aktuellen Nachweise (Versicherungsschein und aktuelle Beitragseinstufung) in Kopie ein.

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

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Ergänzende Angaben zum Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem 2. Teil SGB IX

1 Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe

Haben Sie bei einem anderen Träger auch einen Antrag gestellt?

Nein

Ja:

Antragsdatum	
Träger	

Bitte Nachweis beifügen.

Hat Ihnen bereits ein anderer Träger die Leistung der Eingliederungshilfe bewilligt oder abgelehnt?

Nein

Ja:

Datum der Bewilligung/ Ablehnung	
Träger	
bewilligte/abgelehnte Leistung	

Bitte Nachweis beifügen.

Haben Sie bereits früher Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

Nein

Ja:

Datum/Zeitraum	
Träger	
erhaltene Leistung	

Bitte Nachweis beifügen.

Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe in einer weiteren besonderen Wohnform, z. B. ambulant betreutes Wohnen?

Nein

Ja: *Bitte Nachweis beifügen.*

Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe in einer besonderen Wohnform mit Betreuung über Tag und Nacht?

Nein

Ja: *Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag mit Ihrer Einrichtung/Ihrem Anbieter beifügen.*

Liegt bei Ihnen eine anerkannte Behinderung vor? Nein

<input type="checkbox"/> Ja:	Art/Bezeichnung (Diagnose)	
	verursacht durch	
	am/seit	

*Bitte Nachweis beifügen.***2 Vorrangige Ansprüche****Wenn die Behinderung durch einen Unfall oder Dritten verursacht wurde:**

Haben Sie diesbezüglich bei einer Behörde einen Antrag auf Gewährung einer Ausgleichsleistung gestellt oder Schadenersatzansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z. B. Entschädigung von einer Versicherung)?

 Nein

<input type="checkbox"/> Ja:	Art der Leistung	
	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	
	Wann und wo wurde er geltend gemacht?	

*Bitte Nachweis beifügen.***3 Einkommen****3.1 Transferleistungen***Bitte **aktuellen Bescheid** beifügen.*

Art der Leistung	hilfesuchende Person (monatl. Betrag in EUR)	Mutter* (monatl. Betrag in EUR)	Vater* (monatl. Betrag in EUR)
Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld (SGB II)			
Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)			
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)			

3.2 Einkünfte des Vorvorjahres (Jahr der Antragstellung minus 2)

	hilfesuchende Person	Mutter*	Vater*
Steuer-ID			

* Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten sind nur bei minderjährigen hilfesuchenden Personen erforderlich.

Jahr _____

3.2.1 Einkommensteuerpflichtige Einkünfte im VorvorjahrBitte **Einkommensteuerbescheid** beifügen und **Jahresbeträge** eintragen.

Einkünfte	hilfesuchende Person (Jahresbetrag in EUR)	Mutter* (Jahresbetrag in EUR)	Vater* (Jahresbetrag in EUR)
aus Land- und Forstwirtschaft			
aus Gewerbebetrieb			
aus selbständiger Arbeit			
aus nicht selbständiger Arbeit			
aus Kapitalvermögen			
aus Vermietung und Verpachtung			
sonstige Einkünfte			

Jahr _____

3.2.2 Renteneinkünfte im VorvorjahrBitte **Nachweise zur Bruttorente des Vorvorjahres** beifügen.

Art der Rente	hilfesuchende Person (Jahresbetrag in EUR)	Mutter* (Jahresbetrag in EUR)	Vater* (Jahresbetrag in EUR)

3.2.3 Weichen Ihre aktuellen Einkünfte erheblich von den Einkünften des Vorvorjahres ab?Bitte **aktuelle Einkommensnachweise** beifügen.

	hilfesuchende Person	Mutter*	Vater*
Gründe (z. B.: Aufnahme oder Beendigung einer Beschäftigung, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung, Arbeitslosigkeit, Rentenbeginn)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil:

* Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten sind nur bei minderjährigen hilfeschenden Personen erforderlich.

Unterschrift/en

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

Ort, Datum_____
Unterschrift hilfeschende Person bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei
Minderjährigen/bestellte Betreuer

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

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Vermögen (Vermögenswerte im In- und Ausland)

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.
Reicht der zur Verfügung stehende Platz nicht aus, fügen Sie bitte ein Ergänzungsblatt an.
Ausfüllhinweise finden Sie auf Seite 6.

1 Girokonten

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Girokonten?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

<input type="checkbox"/> Ja:	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Kreditinstitut				
BIC				
IBAN				
aktueller Kontostand (EUR)				

2 Bargeld

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Bargeld?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

<input type="checkbox"/> Ja:	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Bargeld (auch Fremdwährung)				

3 Sparbücher

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Sparbücher?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

<input type="checkbox"/> Ja:	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Kreditinstitut				
BIC				
IBAN				
aktueller Stand (EUR)				

4 Geldanlagen

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Aktien, Wertpapiere, Tages- und Festgeld, Kreditkartenkonten, Obligationen, Bausparverträge, vermögenswirksame Leistungen oder ähnliche Geldanlagen?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

<input type="checkbox"/> Ja:	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
1. Geldanlage				
Art				
Vertragsnummer				
Kreditinstitut				
IBAN				
aktueller Kontostand (EUR)				
2. Geldanlage				
Art				
Vertragsnummer				
Kreditinstitut				
IBAN				
aktueller Kontostand (EUR)				
3. Geldanlage				
Art				
Vertragsnummer				
Kreditinstitut				
IBAN				
aktueller Kontostand (EUR)				

5 Lebens-, Renten- und Sterbegeldversicherungen

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Lebens-, Renten- und/oder Sterbegeldversicherungen (auch aus einer Pensionskasse)?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

Ja:

	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
1. Versicherung				
Art der Versicherung				
bei welchem Unternehmen				
Rückkaufswert zum (Datum)				
Betrag in EUR				
2. Versicherung				
Art der Versicherung				
bei welchem Unternehmen				
Rückkaufswert zum (Datum)				
Betrag in EUR				

6 Verwahrgeld bei Dritten

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Verwahrgeld bei Dritten?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

Ja:

	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Betreuer	EUR	EUR	EUR	EUR
Pflegedienst	EUR	EUR	EUR	EUR
Einrichtung	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige	EUR	EUR	EUR	EUR

7 Haus- und Grundbesitz

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Haus- und Grundbesitz (Alleineigentum, Eigentumsanteile, selbst genutzte und nicht selbst genutzte Grundstücke, auch im Ausland)?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

Ja:

	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Anschrift				
Größe in m²				
eingetragen im Grundbuch von, Gemarkung, Flurstück				
Art der Nutzung				

8 Fahrzeuge, landwirtschaftliche Maschinen und Geräte

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Fahrzeuge, landwirtschaftliche Maschinen oder Geräte?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

Ja:

	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Typ				
Baujahr				
km-Stand				
Halter				
Eigentümer				
aktueller Wert in EUR				

9 Wertgegenstände

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen Sammlungen und sonstige Wertgegenstände (z. B. Münzen, Briefmarken, Kunst/Kunstgegenstände, Luxusgüter usw.)?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

<input type="checkbox"/> Ja:	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Gegenstand				
aktueller Wert in EUR				

10 Sonstige Forderungen, Rechte, Vermögen

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen sonstige Forderungen, Rechte oder sonstiges Vermögen (z. B. Schadensersatz, Schmerzensgeld, Nießbrauch, Dienstbarkeiten, Anteils-, Urheber-, Jagd- oder Fischereirechte, Wohnrechte)?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

<input type="checkbox"/> Ja:	hilfesuchende Person	Ehepartner(in)/ Lebensgefährtin/ Lebensgefährte	Person 1	Person 2
Forderungen, Rechte, Vermögen usw.				
Höhe der Forderung (EUR)				
Erträge daraus monatlich/jährlich (EUR)				

11 Schenkungen, unentgeltliche Veräußerungen

Haben Sie und die zum Haushalt gehörenden Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Grundbesitz, Bargeld, Kunst- und Wertgegenstände)?

Nein, weiter mit der nächsten Frage.

Ja:

Ja:

Ja:

12 Haben Sie geerbt?

Nein

Ja:

Unterschrift/en

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

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

Ausfüllhinweise zur Anlage Vermögen (VM)

Vermögen ist die Gesamtheit der in Geld messbaren Güter einer Person, unabhängig davon, ob sie im Inland oder Ausland vorhanden sind.

Geben Sie hier Ihr Vermögen und das Ihrer haushaltsangehörigen Personen an.

- Alle Angaben sollen sich auf den Zeitpunkt der Antragstellung beziehen.
- Fügen Sie die Belege zu jedem Vermögensgegenstand gesondert in Kopie bei (z. B. Sparbuch, Kontoauszug, Verträge, Fahrzeugbrief, Rückkaufswert von Versicherungen, vollständiger Grundbuchauszug).

Was gehört zum Vermögen (Aufzählung nicht abschließend)?

- Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Aktien, Aktienfonds
- Bar- und Verwahrgeld
(Verwahrgeld ist z. B. in Pflegeeinrichtungen hinterlegtes Bargeld (Taschengeld))
- Haus- und Grundbesitz
(Geben Sie an, ob es sich um ein bebautes oder unbebautes Grundstück handelt und wie es genutzt wird.)
- Kraftfahrzeuge und Maschinen
(z. B. Moped, Mofa, PKW, Wohnmobil, (Klein-)Bus, Geländewagen, LKW, Lieferwagen, Kleintransporter, Anhänger, land- und forstwirtschaftliche Maschinen usw.)
- Forderungen und sonstige Rechte
(z. B. Vermächtnisse, Ansprüche auf Zahlungen eines Geldbetrages oder Lieferung von Waren, Geschäftsanteile, Patentrechte, Verlags- und Urheberrechte)

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

Eingangsvermerk/-stempel

Anlage Überweisungsermächtigung und datenschutzrechtliche Einwilligung bei Zahlungsverkehr

Die mir bewilligten Leistungen nach dem SGB XII, nach dem 2. Teil SGB IX, nach dem AsylbLG bzw. nach dem BerRehaG dürfen auf folgendes Konto überwiesen werden.

Angaben zur Bankverbindung:

Kontoinhaber:	Name, Vorname
Anschrift:	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort
Bankverbindung:	Name der Bank/Sparkasse
	BIC (11-stellig)
	IBAN (22-stellig)

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw.
Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgebe-
rechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/
Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

hilfesuchende Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Eingangsvermerk/-stempel

MWEGH

S. 1/2

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

- Für die Akte -

Anlage Merkblatt zum Antrag auf Eingliederungshilfe Erklärung zu den Mitwirkungspflichten

1 Gewährung der Eingliederungshilfe

- Die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen. Die Eingliederungshilfe soll diesen Menschen eine individuelle würdevolle Lebensführung ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern.
- Zugleich soll die Eingliederungshilfe die Menschen befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.
- Zur Erreichung dieser Ziele haben die Leistungsberechtigten und der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen ihrer Rechte und Pflichten zusammenzuwirken.
- Grundlage für die Leistungen ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).
- Eingliederungshilfe wird erbracht, wenn die leistungsberechtigte Person die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.
- Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen und bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen. Sie entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall und nutzt alle gebotenen Beweismittel.

2 Rechte und Pflichten der Leistungsberechtigten

- Die Leistungsberechtigten haben im Gesamtplanverfahren zur Feststellung des notwendigen Bedarfs und der erforderlichen Leistung mitzuwirken. (Prinzip des Nachrangs)
- Wer Eingliederungshilfe beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ist der Erteilung von Auskünften durch Dritte zuzustimmen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, sind unverzüglich mitzuteilen. Beweismittel sind zu nennen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers als Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Unbedingt mitzuteilen sind z. B.:

- Änderungen Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse (z. B. Umfang Pflegebedürftigkeit, Schwerbehinderung),
- der Wechsel der Krankenkasse,
- beabsichtigte und/oder vollzogene Wohnungs- oder Wohnortwechsel (Umzug),
- Änderungen beim Sorgerecht,
- der Eintritt eines vermögensrechtlichen oder körperlichen Schadens durch einen Dritten,
- die gerichtliche Geltendmachung von Forderungen,
- Änderungen in den Einkommensverhältnissen,
- Änderungen im Vermögensbestand der leistungsberechtigten Personen, z. B. durch Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Vermögensteilung bei Scheidung usw.,
- vorübergehende Abwesenheit wegen Krankenhaus- oder Kuraufenthalt, Besuchsreisen (auch ins Ausland), richterlich angeordnete Freiheitsentziehungen u. Ä.

3 Folgen fehlender Mitwirkung

- Kommt derjenige, der eine Leistung der Eingliederungshilfe beantragt hat oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§§ 60 bis 62, 65 SGB I).
- Werden die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse falsch angegeben oder die erforderlichen Mitteilungen an die Behörde unterlassen, so wird die rechtmäßige Leistungserbringung gefährdet. Ist der Tatbestand des Betrugs nach § 263 Strafgesetzbuch erfüllt, müssen Sie mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen. Auch der Versuch des Betrugs ist strafbar. Jeder Verdacht auf (versuchten) Betrug wird zur Anzeige gebracht. Darüber hinaus werden durch Betrug erschlichene Leistungen zurückgefordert.
- Zu Unrecht erbrachte Leistungen sind zu erstatten.

4 Schutz der Sozialdaten

Angaben des Leistungsberechtigten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unterliegen dem Sozialgeheimnis und dürfen anderen nicht unbefugt bekannt gegeben werden. Eine Bekanntgabe ist nur zulässig, wenn der Betroffene im Einzelfall einwilligt oder wenn diese gesetzlich erlaubt ist.

Nach den Vorschriften des § 23 SGB IX ist vor Durchführung einer Teilhabeplankonferenz von dem dafür verantwortlichen Rehabilitationsträger die Einwilligung des Leistungsberechtigten nach SGB X einzuholen, wenn und soweit anzunehmen ist, dass im Rahmen der Teilhabeplankonferenz Sozialdaten verarbeitet werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabeplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabeplankonferenz nicht abschließend bewertet werden kann.

Nach Durchführung der Teilhabeplankonferenz ist die Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung oder Einschränkung der Verarbeitung der Sozialdaten nur zulässig, soweit dies für die Erstellung des Teilhabeplans erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw.
Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/
Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer

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

Eingangsvermerk/-stempel

- Für den Antragsteller -

Anlage Merkblatt zum Antrag auf Eingliederungshilfe Erklärung zu den Mitwirkungspflichten

1 Gewährung der Eingliederungshilfe

- Die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen. Die Eingliederungshilfe soll diesen Menschen eine individuelle würdevolle Lebensführung ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern.
- Zugleich soll die Eingliederungshilfe die Menschen befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.
- Zur Erreichung dieser Ziele haben die Leistungsberechtigten und der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen ihrer Rechte und Pflichten zusammenzuwirken.
- Grundlage für die Leistungen ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).
- Eingliederungshilfe wird erbracht, wenn die leistungsberechtigte Person die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.
- Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen und bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen. Sie entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall und nutzt alle gebotenen Beweismittel.

2 Rechte und Pflichten der Leistungsberechtigten

- Die Leistungsberechtigten haben im Gesamtplanverfahren zur Feststellung des notwendigen Bedarfs und der erforderlichen Leistung mitzuwirken. (Prinzip des Nachrangs)
- Wer Eingliederungshilfe beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ist der Erteilung von Auskünften durch Dritte zuzustimmen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, sind unverzüglich mitzuteilen. Beweismittel sind zu nennen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers als Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Unbedingt mitzuteilen sind z. B.:

- Änderungen Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse (z. B. Umfang Pflegebedürftigkeit, Schwerbehinderung),
- der Wechsel der Krankenkasse,
- beabsichtigte und/oder vollzogene Wohnungs- oder Wohnortwechsel (Umzug),
- Änderungen beim Sorgerecht,
- der Eintritt eines vermögensrechtlichen oder körperlichen Schadens durch einen Dritten,
- die gerichtliche Geltendmachung von Forderungen,
- Änderungen in den Einkommensverhältnissen,
- Änderungen im Vermögensbestand der leistungsberechtigten Personen, z. B. durch Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Vermögensteilung bei Scheidung usw.,
- vorübergehende Abwesenheit wegen Krankenhaus- oder Kuraufenthalt, Besuchsreisen (auch ins Ausland), richterlich angeordnete Freiheitsentziehungen u. Ä.

3 Folgen fehlender Mitwirkung

- Kommt derjenige, der eine Leistung der Eingliederungshilfe beantragt hat oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert (§§ 60 bis 62, 65 SGB I).
- Werden die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse falsch angegeben oder die erforderlichen Mitteilungen an die Behörde unterlassen, so wird die rechtmäßige Leistungserbringung gefährdet. Ist der Tatbestand des Betrugs nach § 263 Strafgesetzbuch erfüllt, müssen Sie mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen. Auch der Versuch des Betrugs ist strafbar. Jeder Verdacht auf (versuchten) Betrug wird zur Anzeige gebracht. Darüber hinaus werden durch Betrug erschlichene Leistungen zurückgefordert.
- Zu Unrecht erbrachte Leistungen sind zu erstatten.

4 Schutz der Sozialdaten

Angaben des Leistungsberechtigten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unterliegen dem Sozialgeheimnis und dürfen anderen nicht unbefugt bekannt gegeben werden. Eine Bekanntgabe ist nur zulässig, wenn der Betroffene im Einzelfall einwilligt oder wenn diese gesetzlich erlaubt ist.

Nach den Vorschriften des § 23 SGB IX ist vor Durchführung einer Teilhabepankonferenz von dem dafür verantwortlichen Rehabilitationsträger die Einwilligung des Leistungsberechtigten nach SGB X einzuholen, wenn und soweit anzunehmen ist, dass im Rahmen der Teilhabepankonferenz Sozialdaten verarbeitet werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabepans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabepankonferenz nicht abschließend bewertet werden kann.

Nach Durchführung der Teilhabepankonferenz ist die Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung oder Einschränkung der Verarbeitung der Sozialdaten nur zulässig, soweit dies für die Erstellung des Teilhabepans erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift hilfesuchende Person bzw.
Bevollmächtigte/gesetzliche Vertreter/Sorgeberechtigte bei Minderjährigen/bestellte Betreuer

Unterschrift Ehepartner(in)/Lebensgefährtin/
Lebensgefährte bzw. Bevollmächtigte/
gesetzliche Vertreter/bestellte Betreuer