

**Merkblatt zur Beantragung von Sozialhilfe in Pflegeheimen für Antragstellende**

Die folgende, nicht abschließende Auflistung, führt Unterlagen auf, die eventuell für eine Entscheidung wichtig sind.

Sofern etwas davon zutreffend ist, reichen Sie Unterlagen darüber als Kopie ein.

**Sofern Sie doch Originale vorlegen bzw. einreichen, kennzeichnen Sie diese als solche, da diese ansonsten nach erfolgter Digitalisierung unwiederbringlich vernichtet und nicht zurückgesandt werden.**

---

- Einkommensunterlagen (bei Ehegatten von Beiden):
- Rentenbescheid oder Nachweis über Rentenantragsstellung
- (Einstellungs)-Bescheid: Arbeitslosengeld bzw. JobCenter
- Bescheid des Rententrägers zur Erfüllung der Grundrentenzeiten/ - Anspruch auf Grundrentenzuschlag
- Krankengeldbescheid
- Lohnbescheinigung
- Schwerbehindertenausweis
- Unterlagen der Kranken- und Pflegeversicherung:
  - Angabe der Krankenversicherungsnummer (Bsp. auf der Gesundheitskarte zu finden)
  - Beitragsbescheid bei freiwilliger Krankenversicherung
  - Bescheid der Pflegekasse bezüglich der Übernahme der Kosten der stationären Einrichtung
- Nachweis der Höhe des Entlastungsbetrages bei Anträgen auf Übernahme der Kosten der Kurzzeitpflege
- Unterlagen über die bewohnte Wohnung, soweit im Rahmen eines Ehegattenfalls der Partner in der Häuslichkeit verbleibt:
  - Mietvertrag / Eigentumsnachweis
  - Letztes Mietänderungsschreiben
  - Nachweis über die Mietzahlung (Kontoauszüge, Mietquittung, Mieterkontoauszug)
  - Letzte Betriebskostenabrechnung / Bescheid über die Grundbesitzabgaben
  - Vertrag über die Heizkosten bzw. letzte Jahresrechnung Heizung
  - Hausratversicherungspolice mit der aktuellen Beitragsrechnung
- Wohngeldbescheid oder Nachweis über die Antragstellung
- Vorsorge-/ Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde (wenn eine beauftragte Person für die verhinderte hilfeschende Person den Antrag stellt)
- Finanzstatus/ eine Saldenübersicht der Bank / Sparkasse im Zeitpunkt der Heimaufnahme
- Vollständige Kontoauszüge der letzten 3 Monate und des Aufnahmemonats in **chronologischer** Reihenfolge für alle (auch aufgelöste) Konten
- Kompletter Übertragungsvertrag bei Grundbesitz mit Grundbuchauszug
- Haftpflichtversicherungspolice mit der aktuellen Beitragsrechnungen
- Lebens- und / oder Sterbegeldversicherung (mit aktuellen Rückkaufswerten und aktuellen Todesfallsummen)
- Bestattungsvorsorgevertrag mit allen Seiten
- Scheidungsurteil
- Unterhaltsurteil
- Fahrzeugschein und Wert des Fahrzeugs (Wertgutachten oder ähnliches)
- Aktuelle KFZ – Haftpflichtversicherungsrechnung

**Hinweise:**  
 Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Leistung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die datenerhebende Stelle.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

**1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen – bei mehr als zwei Personen bitte unter Punkt 2. bzw. auf gesonderten Blatt ergänzen**

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	<b>Antragsteller(in) 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Antragsteller(in) 2</b> <input type="checkbox"/> <b>Ehegatte (nicht getrennt lebend)</b> <input type="checkbox"/> <b>Lebenspartnerschaft (eingetragen)</b> <input type="checkbox"/> <b>Partnerschaft in eheähnlicher oder in lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft</b>
Name		
Vorname		
Ggf. Geburtsname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon und E-Mail-Adresse)		
Geburtsdatum und -ort		
Bürger-Identifikations- Nr./ Steuer-ID		
Rentenversicherungs- Nr.		
Postabrechnungs-Nr.		

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig  <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden  seit:	<input type="checkbox"/> ledig  <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden  seit:
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer(in) Einreise in die BRD am: <input type="checkbox"/> Kriegs-oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Sonstiger Status:	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer(in) Einreise in die BRD am: <input type="checkbox"/> Kriegs-oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Sonstiger Status:
Planen Sie in den kommenden 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von vier aufeinander folgenden Wochen oder länger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Falls ja, ab wann und wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Falls ja, ab wann und wie lange?
Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Verpflichtungserklärung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Verpflichtungserklärung:
Wurde ein(e) gesetzliche(r) Betreuer(in) bestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Falls ja, Kopie der Bestellungsurkunde beifügen  Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Falls ja, Kopie der Bestellungsurkunde beifügen  Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson:

Leben Sie in einer <b>besonderen Wohnform</b> (vormals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?
Leben Sie in einer Wohnung/Wohngruppe und beziehen Sie ambulante Leistungen, z. B. Teilhabe, Pflege, Fachleistungsstunden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Pflegeheim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vor der Aufnahme in die Einrichtung</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vor der Aufnahme in die Einrichtung</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen nach dem SGB II oder SGB XI erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? von wann bis wann (Monat/ Jahr)? von: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? von wann bis wann (Monat/ Jahr)? von: bis:

**2. Familienverhältnisse**

Außer der nachfragenden Person und seinem Ehegatten/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft/ Lebenspartner leben noch im gemeinsamen Haushalt: z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte (Bei mehr als 4 Personen bitte Beiblatt verwenden.)

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Familienstand				

Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtlicher Status				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. WfbM, Tagesstätte)				
Verwandtschaftsverhältnis zu Antragsteller/in 1 Antragsteller/in 2	zu A1:  zu A2:	zu A1:  zu A2:	zu A1:  zu A2:	zu A1:  zu A2:

**3. Unterhalt**

**nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:**

Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?	Elternteil 1:  Elternteil 2:  Kind 1:  Kind 2:  Weitere Kinder:	Elternteil 1:  Elternteil 2:  Kind 1:  Kind 2:  Weitere Kinder:
Können Sie sich vorstellen, dass eine der genannten Personen ein jährliches Einkommen von oder über 100.000 Euro hat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche Person?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche Person?

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennlebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:  <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:  <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)
--	--	--

Falls ja: Familiename, Vorname des getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
jährliches Einkommen in EUR des/der getrenntlebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin		

**4. Fragen zur Bedarfsfeststellung:**

Sofern Sie in einer „**besonderen Wohnform**“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben, füllen Sie bitte **weiter ab 4.4.** aus.

**4.1 Bedarfe für die Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/ einem Haus leben! –**

Lebt die antragstellende Person in einer Wohngruppe bitte zusätzlich auch die Unterkunftskosten für den/die Partner/in nachweisen (auf einem Extrablatt).

Anzahl der Personen im Haushalt:	Wohnfläche (qm):	Baujahr des Hauses:	Anzahl der Räume:
Sind Sie: <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Untermieter/in <input type="checkbox"/> Nießbrauchberechtigte/r <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer/in ( <b>siehe 4.3.</b> ) <input type="checkbox"/> Sie haben freies Wohnrecht <input type="checkbox"/> Hauseigentümer/in ( <b>siehe 4.3.</b> )		Falls Sie nicht Hauptmieter der Wohnung sind, Name und Anschrift des Hauptmieters:	
Leben Sie mit anderen Personen in einer Wohnung (Wohngemeinschaft)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Kosten der Unterkunft (monatlich)</b>			
Kaltmiete	EUR		
Nebenkosten (ohne Heizung)	EUR		
Gesamtkosten der Unterkunft (Bruttokaltmiete)	EUR		
In den oben genannten Beträgen der Kosten der Unterkunft sind enthalten			

Kosten für Haushaltsstrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für Warmwasserbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für Schönheitsreparaturen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für den Fernsehempfang über Kabel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für Möblierung/Teilmöblierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR

**4.2 Bedarfe für die Heizung** - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/einem Haus leben! –

Höhe der monatlichen Heizkosten	EUR
Energieart: <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich	
Die Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral oder <input type="checkbox"/> dezentral (z.B. „Boiler“)
Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z.B. Durchlauferhitzer/Boiler) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wie hoch sind die erfassten Kosten?

**4.3 Haus-/Wohnungseigentum**

**Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!**

**4.4. Monatliche Kosten der Unterkunft** – Nur auszufüllen von Personen, die in einer „besonderen Wohnform“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben! –

Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum	<input type="checkbox"/> 1 Person <input type="checkbox"/> 2 Personen
<b>Gesamtkosten</b> der Unterkunft (Bruttowarmmiete)	EUR
davon Grundmiete:	EUR
Zuschläge insgesamt:	EUR
Zuschlag für Möblierung des persönlichen Wohnraums	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Wohn- und Wohnnebenkosten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Haushaltsstrom, die Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten Und den Gemeinschaftsräumen und für die Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Gebühren für Kommunikation und den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR

Die Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral oder <input type="checkbox"/> dezentral (z.B. „Boiler“)
Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z.B. Durchlauferhitzer/Boiler) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, wie hoch ist der zu zahlende Abschlag? <span style="float:right">EUR</span>
Hinweise zu Besonderheiten der Einrichtung und zu den Unterkunftskosten	(Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)

**4.5 Mehrbedarf**

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor?  (Ggf. Kopie des Feststellungsbescheids beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am
	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Voraussichtlicher Entbindungstermin:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Voraussichtlicher Entbindungstermin:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigeren Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen
Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche (sofern ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht ist dieser vorzulegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche (sofern ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht ist dieser vorzulegen)

**4.6 Kranken- / Pflegeversicherung** (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
Wo sind Sie kranken- bzw. pflegeversichert?	Name der Krankenkasse: Mitglied seit: Art der Versicherung  <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung	Name der Krankenkasse: Mitglied seit: Art der Versicherung  <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung
KV-Mitgliedsnummer		
Höhe des mtl. Beitrags	Euro	Euro
Haben Sie eine ausländische Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift
Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?	Name der Krankenkasse:  Mitglied von                      bis	Name der Krankenkasse:  Mitglied von                      bis

**5. Einkommen**

(Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!) (z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

**5.1 Renteneinkommen**

Einkommensart/ Leistung	1. Person		2. Person	
	Ich erhalte Renten- oder Pensionszahlungen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Pension o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls ja,	Bezeichnung/ Rentenart	Mtl. Betrag in Euro	Bezeichnung/ Rentenart	Mtl. Betrag in Euro
		(brutto) (netto)		(brutto) (netto)
		(brutto) (netto)		(brutto) (netto)
		(brutto) (netto)		(brutto) (netto)

Einkommensart/ Leistung			Monatlicher Betrag in Euro			Monatlicher Betrag in Euro
	Betriebsrente/Werksrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(brutto) (netto)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ausländische Renten/ Pensionen oder Renten- ansprüche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(brutto) (netto)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(brutto) (netto)

Einkommensart/ Leistung	1. Person	2. Person
Ich habe eine Rente beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei Versicherungs-Nr.: Welche Rente wurde beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei Versicherungs-Nr.: Welche Rente wurde beantragt?
Ich habe einen Antrag auf Anerkennung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei
Ich habe freiwillige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung/betriebliche Altersvorsorge eingezahlt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Nachweise beifügen
Ich habe im Ausland gearbeitet und es wurden Beiträge in die dortige Rentenkasse abgeführt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und des Zeitraums (ggf. Extrablatt nutzen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und des Zeitraums (ggf. Extrablatt nutzen)
Ich bin einer Erwerbstätigkeit im Ausland ohne Beiträge in die Rentenkasse zu zahlen nachgegangen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, sind die kompletten Arbeitsverläufe inkl. Nachweise (u.a. Arbeitsverträge) auf der letzten Seite dieses Antrages darzulegen (inkl. genauer Zeitangaben der Tätigkeit und Höhe des Verdienstes beim jeweiligen Arbeitgeber).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, sind die kompletten Arbeitsverläufe inkl. Nachweise (u.a. Arbeitsverträge) auf der letzten Seite dieses Antrages darzulegen (inkl. genauer Zeitangaben der Tätigkeit und Höhe des Verdienstes beim jeweiligen Arbeitgeber).
Ich erhalte einen Grundrentenzuschlag.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Nachweise beifügen

**5.2 Andere Einkommensarten**

Einkommensart/ Leistung	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatlicher Betrag in Euro	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatlicher Betrag in Euro
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Mini-/Midijob, Ausbildungsvergütung), ehrenamtliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Entgelt der WfbM	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Zimmer	<input type="checkbox"/> möbliert		<input type="checkbox"/> Zimmer	<input type="checkbox"/> möbliert	
	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> unmöbliert		<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> unmöbliert	
Sonstige Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wohngeld / Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen			Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen		
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der Grundversicherung für Arbeitssuchende (Bürgergeld nach dem SGB II)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet?			Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Elterngeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern (z.B. Eingliederungshilfe, Blindenhilfe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen			Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen		
Sonstige Einkünfte aus dem In- und/oder Ausland	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5 berücksichtigt)  
(Bitte Nachweise beifügen!)**

Ausgaben	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatlicher Betrag in Euro	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatlicher Betrag in Euro
Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Kasko)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beiträge für Berufsverbände, Gewerkschaften, Sozialverbände o.ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kosten für öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	Entfernung in km:			Entfernung in km:		
bei Nutzung eines Kfz	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa			<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa		

**7. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland (Bitte Nachweise beifügen!)**

Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag/Wert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag/Wert
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Kontoguthaben (z.B. Onlinekonten wie „PayPal“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wertpapiere / Aktien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schmuck oder Edelmetalle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges Vermögen im In- und/oder Ausland	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Fällig am	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Fällig am
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente, Rürup-Rente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige nicht gesetzliche (private) Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Aktueller Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Aktueller Rückkaufswert
Kapital- oder Risikolebensversicherungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen	Baujahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen	Baujahr:
			Modell:			Modell:
		Kilometerstand	Typ:		Kilometerstand	Typ:

	1. Person			2. Person		
		Bezeichnung der Forderung	Höhe der Forderung		Bezeichnung der Forderung	Höhe der Forderung
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

	1. Person			2. Person		
			Anmerkung			Anmerkung
Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen)	<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	
Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)	<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	
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anteilsrechte)	<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	
Ansprüche aus Erbschaft (ggf. auch späterer Erhalt)	<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	

**8. Vermögensübertragungen**

	1. Person	2. Person
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge, Löschung von Nießbrauch und Wohnrechten)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?

**9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers**

	1. Person	2. Person
Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift der Einrichtung
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie jemals im Ausland gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Zeitraum: Wohnort: Waren Sie erwerbstätig?  (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Zeitraum: Wohnort: Waren Sie erwerbstätig?  (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)

**10. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:**

<b>Bankverbindung</b>	
Name, Vorname des Kontoinhabers	
IBAN	
BIC	
Name und Sitz des Geldinstituts	
Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto (P-Konto)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**11. Begründung des Antrags und weitere Hinweise**

**E r k l ä r u n g**

Den Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 3. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

**Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGB X, § 103 SGB XII). Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden.**

Es besteht noch Informationsbedarf bzw. Beratungsbedarf und es wird um ein Gespräch gebeten.

Durch eine Beratung kann geklärt werden, ob weitere Bedarfe bestehen, die zu berücksichtigen sind, wie z.B.:

- Kosten hauswirtschaftlicher Verrichtungen, z. B. notwendige Hilfen beim Reinigen der Wohnung,
- Erstausrüstung für die Wohnung einschl. Haushaltsgeräte, Erstausrüstung für Bekleidung einschl. Schwangerschaft und Geburt sowie Leistungen für mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen,
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen wie Schuldenübernahme zur Sicherung der Unterkunft und evtl. weitere Leistungen als Darlehen

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum

1. Person Unterschrift

Datum

2. Person Unterschrift

## **Hinweise zum Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII)**

### **Allgemeines:**

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege werden nach den Regelungen des Siebten Kapitels des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) gewährt.

Allerdings stehen Leistungen Hilfe zur Pflege nur dann zu, wenn das Einkommen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken, und auch Vermögen nicht einzusetzen ist.

Leben Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft zusammen, so werden auch das Einkommen und Vermögen des bzw. der Anderen berücksichtigt.

Darüber hinaus kann die Unterhaltspflicht des getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartners eine Rolle spielen. Die Unterhaltspflicht von Eltern und Kindern bleibt dagegen unberücksichtigt, es sei denn, dass im Einzelfall ein sehr hohes Einkommen vorhanden ist (**jährlich 100.000 EUR oder mehr je Unterhaltsverpflichteten**).

Keinen Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben Personen, die ihre Bedürftigkeit in den letzten 10 Jahren vor der Antragstellung vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Der Antrag enthält viele leistungsrelevante Fragen, die für die Bearbeitung erforderlich sind. Durch sorgfältiges Ausfüllen vermeiden Sie Nachfragen und damit zeitliche Nachteile.

### **Zu 1.: Persönliche Verhältnisse**

Eine *eheähnliche Gemeinschaft* besteht zwischen zusammenlebenden und wirtschaftenden Partnern unabhängig vom Geschlecht, die füreinander einstehen und sich füreinander verantwortlich fühlen. „Lebenspartner“ sind eingetragene Partner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Bei mehr als zwei Personen in Ihrem Haushalt machen Sie bitte unter Punkt 2 bzw. auf einem separaten Blatt zusätzliche Angaben!

Für die Klärung der Zuständigkeitsfrage ist es wichtig, die Aufenthaltsverhältnisse vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus u.a.m.) darzulegen.

Darüber hinaus ist z.B. bei einem Umzug wichtig, ob am bisherigen Wohnort bereits Sozialhilfeleistungen gezahlt wurden.

### **Zu 3.: Unterhalt**

Nach § 94 Abs. 1a SGB XII bleiben Unterhaltsansprüche einer leistungsberechtigten Person gegenüber ihren Kindern und Eltern grundsätzlich unberücksichtigt, sofern deren jährliches Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV (steuerrechtliches Gesamteinkommen) jeweils unter dem Betrag von 100.000 EUR jährlich liegen. Das Einkommen mehrerer Kinder wird nicht zusammengerechnet. Sofern Anhaltspunkte vorliegen, dass die Einkommensgrenze von **100.000 EUR** erreicht oder überschritten wird, kann verlangt werden, dass die Daten der betreffenden Personen angegeben werden.

Die Beantwortung dieser Fragen, führt nicht dazu, dass Ihr Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung abgelehnt würde. Das Gesetz sieht allerdings vor, dass Kinder oder Elternteile, die über ein Jahresbruttoeinkommen von über 100.000 EUR verfügen, einen Beitrag zu den von Ihnen beantragten Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung an das Sozialamt zahlen müssen.

Unterhaltsansprüche bei getrennt Lebenden oder Geschiedenen sind generell zu verfolgen.

#### **Zu 4.1: Kosten der Unterkunft**

Zur Sozialhilfe gehören auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung. Ohne Beantwortung dieser Fragen ist keine Bedarfsbemessung möglich.

Wenn Sie Fragen haben zur Höhe der Angemessenheit oder eine neue Wohnung suchen, so lassen Sie sich bitte beraten. Es wird empfohlen, vor Abschluss eines neuen Mietvertrages die sozialhilferechtliche Anerkennung der Notwendigkeit (Zustimmung) dazu einzuholen, da nur bei vorheriger Anerkennung die angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie für Wohnungsbeschaffungskosten, Mietkautionen, Genossenschaftsanteile und Umzugskosten übernommen werden können.

Bei dauerhaftem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus u.a.m.) können Fragen zu Unterkunft und Heizung unbeantwortet bleiben, da hier ein Durchschnittsbetrag angesetzt wird.

#### **Zu 4.5 bis 4.6.: Weitere Bedarfe, Persönliche Situation**

Aufgrund von weiteren Angaben zur persönlichen Situation (11.) kann durch eine Beratung auch geklärt werden, ob weitere Bedarfe bestehen, die zu berücksichtigen sind.

#### **Zu 5.: Einkommen**

Sozialhilfeleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens.

Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert.

Soweit eine spezielle Einkommensart im Vordruck nicht aufgeführt sein sollte, ist dieses Einkommen unter *Sonstige Einkünfte* zu erfassen.

**Nicht** zum anzurechnenden Einkommen gehört z.B. das Arbeitsförderungsgeld in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

#### **Zu 6.: Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge**

Ihr anzurechnendes Einkommen verringert sich u.a. durch gezahlte Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen werden nur abgesetzt, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Werbungskosten werden abgesetzt, soweit sie zur Erzielung des Einkommens notwendig sind.

#### **Zu 7.: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen**

Zum Vermögen gehört das gesamte verwertbare Vermögen.

Bitte geben Sie hier auch an, wenn Sie noch Ansprüche gegen Dritte haben, z. B. Erbensprüche, Rückforderungen aus Verträgen oder Schenkungen o.ä.).

Folgendes Vermögen muss **nicht** verwertet werden:

- Vermögen, das aus öffentlichen Mitteln zum Aufbau oder zur Sicherung einer Lebensgrundlage oder zur Gründung eines Hausstandes gewährt wird,
- Kapital einschließlich seiner Erträge, das der zusätzlichen Altersvorsorge im Sinne des § 10a oder des Abschnitts XI des Einkommensteuergesetzes dient und dessen Ansammlung staatlich gefördert wurde,
- sonstiges Vermögen, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines Hausgrundstücks bestimmt ist, soweit dieses Wohnzwecken behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen dient oder dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde,
- angemessener Hausrat; dabei sind die bisherigen Lebensverhältnisse der nachfragenden Person zu berücksichtigen,

- Gegenstände, die zur Aufnahme oder Fortsetzung der Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind,
- Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für die nachfragende Person oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde,
- Gegenstände, die zur Befriedigung geistiger, besonders wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen und deren Besitz nicht Luxus ist,
- ein angemessenes selbstgenutztes Hausgrundstück. Die Angemessenheit bestimmt sich nach der Zahl der Bewohner, dem Wohnbedarf (zum Beispiel behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen), der Grundstücksgröße, der Hausgröße, dem Zuschnitt und der Ausstattung des Wohngebäudes sowie dem Wert des Grundstücks einschließlich des Wohngebäudes,
- ein angemessenes Kraftfahrzeug,
- kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte; dabei ist eine besondere Notlage der nachfragenden Person zu berücksichtigen (grundsätzlich: Alleinstehende 10.000 Euro, Ehegatte / Ehegattin / Lebenspartner(in) / Partner(in) einer eheähnlichen Gemeinschaft zuzüglich 10.000 EUR, für jede andere überwiegend unterhaltene Person zuzüglich 500 EUR).

### **Zu 8.: Vermögensübertragungen**

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewertung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.

**Entbindung von der Schweigepflicht und  
Einverständniserklärung zur Weitergabe von Daten**

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname; geb. am

\_\_\_\_\_  
Anschrift

habe für

- mich  
 folgende Person, für die ich Bevollmächtigte(r)/ zur(m) Betreuer(in) bestellt bin:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname; geb. am

\_\_\_\_\_  
Anschrift

einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII gestellt.

- Ein Nachweis der Vertretungsvollmacht/Bestellung zum Betreuer ist beigelegt

Für die zügige und sachgerechte und Aufgabenerledigung und zur schnellen Abwicklung des  
Verwaltungsverfahrens ist erforderlich, dass die Bewilligungsbescheide des Sozialamtes Essen jeweils als  
Durchschrift an

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname; ggfls. geb. am

\_\_\_\_\_  
Anschrift

übersandt werden dürfen.

- Die Auskunftsermächtigung wird einmalig für den Erstbescheid erteilt.  
 Die Auskunftsermächtigung wird auch für Änderungs- und Folgebescheide erteilt.

Insoweit wird das Sozialamt Essen von der Schweigepflicht entbunden.

Mir ist bekannt, dass die Einverständniserklärung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen kann.  
Diese Erklärung ist an keine Form gebunden.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die mir zustehende Sozialhilfe

- insgesamt  
 mit Ausnahme folgender Hilfen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

auf folgende Bankverbindung überwiesen wird:

Name der Bank	
IBAN	
BIC	

Mir ist bekannt, dass ich diese Zahlwegserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und  
diese Erklärung an keine Form gebunden ist.

Ich möchte  eine  keine Durchschrift der Erklärung erhalten.

Essen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erklärenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers.

**Information über die Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person nach Artikel 13 und bei Dritten nach Artikel 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch das Amt für Soziales und Wohnen der Stadt Essen**

Verantwortliche/r	Stadt Essen, Der Oberbürgermeister, Rathaus, Porscheplatz, 45121 Essen, Telefon 0201-88-0, E-Mail: info@essen.de, De-Mail poststelle@essen.de-mail.de Vertreten durch Amt für Soziales und Wohnen, Steubenstr. 53, 45138 Essen, Telefon 0201-88-50555, E-Mail: sozialamt@essen.de, De-Mail poststelle@essen.de-mail.de
Datenschutzbeauftragte	Behördlicher Datenschutzbeauftragter der Stadt Essen, Rathaus, Porscheplatz, 45121 Essen, Tel.: 0201/88-11005 & 11006, E-Mail: datenschutz@essen.de De-Mail poststelle@essen.de-mail.de
Zweck/e der Datenerhebung/-verarbeitung	Prüfung und Abwicklung von Ansprüchen (Geld-, Sach- und Dienstleistungen) gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) XII (Sozialhilfe), Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), Ordnungsbehördengesetz NRW (OBG NRW), Aufgaben nach dem Wohn- und Teilhabegesetz (WTG), SGB X (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz) sowie von Ansprüchen nach Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW). Erledigung von daraus sich ergebenden weiteren gesetzlichen Aufgaben wie z.B. Erstattung von Leistungen.
Wesentliche Rechtsgrundlage/n	Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) DSGVO i.V.m. §§ 67 bis 78 SGB X und Anspruchsnormen des SGB IX, SGB XII, AsylbLG, APG NRW, OBG NRW, Wohn- und Teilhabegesetz (WTG). Darüber hinaus ist die Datenverarbeitung auch zulässig, wenn ein Einverständnis der betroffenen Person vorliegt oder diese die Angaben selbst (freiwillig) mitgeteilt hat (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).
Verpflichtung zur Bereitstellung der Daten, Folgen bei Nichtbereitstellung	Mitwirkungspflicht gem. § 60 ff. SGB I: Wer Sozialleistungen (das sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen) beim Amt für Soziales und Wohnen beantragt hat oder erhält, ist zur Mitwirkung verpflichtet. Das bedeutet, dass die betroffene Person alle leistungsrelevanten Tatsachen angeben muss, ebenso Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die Auswirkungen auf die Leistungsgewährung haben können. Zu den Mitwirkungspflichten zählen auch die Vorlage von entscheidungsrelevanten Unterlagen, die Zustimmung zur Auskunftseinholung bei Dritten, das persönliche Erscheinen beim zuständigen Leistungsträger sowie ggf. die Zustimmung zur Durchführung von ärztlichen oder psychologischen Untersuchungsmaßnahmen. Folgen fehlender Mitwirkung gemäß § 66 SGB I: Im Falle der Nichtbeachtung können die Leistungen teilweise oder vollständig versagt oder entzogen werden.
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der Daten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahlungsempfänger (z. B. Vermieter, Energieversorger, Anbieter von Leistungen für Bildung und Teilhabe),</li> <li>• Leistungsanbieter (z.B. Pflegedienste, stationäre Einrichtungen),</li> <li>• Auskunftsstelle nach § 118 SGB XII (Datenabgleich)</li> <li>• Bundeszentralamt für Steuern (Kontenabrufverfahren gem. § 93 Absatz 8 S.1 Nr.1 AO)</li> <li>• Beteiligte eines Widerspruchs- und ggf. Klageverfahrens,</li> <li>• sonstige zu beteiligende Stellen der Stadtverwaltung (wie z.B. Ausländerbehörde, Gesundheitsamt, Jugendamt, Finanzbuchhaltung),</li> <li>• sonstige Leistungsträger nach §§ 12, 18 bis 29 SGB I und sonstige Stellen nach § 35 SGB I,</li> <li>• Auftragsverarbeiter bei Beauftragung Dritter (z.B. IT-Dienstleistungen wie Hosting, Fernwartung, Abrechnungen)</li> <li>• Statistisches Landesamt NRW, statistisches Bundesamt, Essener Systemhaus, etc.</li> </ul>

Kategorien personenbezogener Daten	<p><u>Stammdaten inkl. Kontaktdaten</u>  Aktenzeichen, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsrechtlicher Status, Renten- &amp; Sozialversicherungsnummer, Bankverbindung, Rufnummer (freiwillig), E-Mailadresse (freiwillig), etc.</p> <p><u>Daten zur Leistungsgewährung</u>  Einkommensnachweise, Vermögensnachweise, Leistungszeitraum, -höhe, -art, Bedarfe der Unterkunft und Heizung, Daten zu Unterhalts-/Regressansprüchen, Daten zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, Daten zur Dauer und Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, etc.</p> <p><u>Gesundheitsdaten</u>  Gutachten oder Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes, des Medizinischen Dienstes der Kranken-/Pflegekassen, Daten zur Schwerbehinderung, etc.</p>
Datenquellen	<p><u>Öffentliche Stellen</u>  z.B. die in §§ 12, 18 bis 29 SGB I genannten anderen Sozialleistungsträger (z. B. Jobcenter, Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherungsträger, Wohngeldstelle), Finanzämter, Grundbuchämter, Versorgungsämter, Meldestellen, Ausländerbehörden, BAMF</p> <p><u>Nichtöffentliche Stellen oder Personen</u>  z.B. Arbeitgeber, Kreditinstitute, Versicherungen, schadensersatzpflichtige Personen, Vermieter, unterhaltspflichtige Personen</p> <p><u>Öffentlich zugängliche Quellen</u>  z.B. Internet, Melderegister, Handelsregister, Grundbuchämter, usw.</p>
Dauer der Speicherung und Aufbewahrungsfristen	<p>Für die Dauer des Leistungsbezuges oder solange Ersatz- oder Erstattungsansprüche bestehen, ein Verwaltungsverfahren oder Gerichtsverfahren anhängig ist oder eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist besteht (BGB, ZPO, Sozialgesetzbücher, etc.).</p> <p>z.B. 5 Jahre nach Beendigung des Leistungsbezuges oder Aktenvorganges, bei Unterhaltstiteln, Darlehen, sonstige Forderungen, etc. 30 Jahre oder 10 Jahre nach erfolgter Rückzahlung</p>
Rechte der betroffenen Person	<p>Von der Datenverarbeitung betroffene Personen haben nach Maßgabe der Artikel 15 bis 21 &amp; 35 DSGVO folgende Rechte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht auf Auskunft über die verarbeiteten personenbezogenen Daten</li> <li>• Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten</li> <li>• Recht auf Löschung oder Einschränkung der Datenverarbeitung</li> <li>• Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung wegen besonderer Umstände</li> <li>• Recht auf Datenübertragbarkeit</li> <li>• Recht auf Beschwerde an die Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen</li> </ul> <p>Werden Daten auf der Grundlage einer Einwilligung des Betroffenen verarbeitet kann die Einwilligung ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.</p>
Zweckänderung	<p>Eine Verwendung von personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken als dem Erhebungszweck ist nur zulässig, sofern der neue Zweck den Vorgaben des Art. 4 der DSGVO entspricht.</p>
Zuständige Aufsichtsbehörde	<p>Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf  Telefon 0211 / 38424-0  Fax 0211 / 38424-10  Email <a href="mailto:poststelle@ldi.nrw.de">poststelle@ldi.nrw.de</a>  Internet <a href="http://www.ldi.nrw.de">www.ldi.nrw.de</a></p>