

Bezirk Schwaben
 - Sozialverwaltung -
 Hafnerberg 10
 86152 Augsburg

Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):
 Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60
 bis 65 des Sozialgesetzbuches (SGB) (Erstes Buch - Allgemeiner Teil)
 erhoben.

falls bekannt, Az: _____

Antrag auf Gewährung von Hilfe

Gewünschte Hilfe: _____

Einrichtung: _____

Ab wann: _____

Begründung (bei stationärer Hilfe, warum ambulante od. teilstationäre Hilfe nicht ausreichend ist): _____

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

Unzutreffendes ist zu streichen!

1. Persönliche Verhältnisse	a) des Hilfesuchenden		b) des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden od. getrennt lebend) bzw. bei ledigen Hilfesuchenden der Eltern	
			Ehegatte/Vater	Mutter
Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vornamen				
Geburtsdatum	geb. am		geb. am	geb. am
	in		in	in
			verst. am	verst. am
Familienstand	seit		seit	seit
Staatsangehörigkeit/ ausländerrechtl. Status				
PLZ, Wohnort				
Straße, Nr.				
Telefon				
Beruf				
Arbeitgeber				
Anschrift des Arbeitgebers				
zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
zuletzt krankenversichert bei				
	vom	bis	vom	bis
zuletzt rentenversichert bei				
	vom	bis	vom	bis

2. Sonstige Personen, mit denen der Hilfesuchende noch in Haushaltsgemeinschaft (auch Lebensgefährte/in) lebt:

Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geburtsdatum					
Familienstand/Verwandschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	/	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/	/
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde usw.					
Krankenkasse					
Höhe des Einkommens (mtl. netto)					

3. Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft: (z.B. ehelich/nichtehelich/ehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)

Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geburtsdatum	/	/	/	/	/
Familienstand/Verwandschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	/	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit					
PLZ, Wohnort					
Straße, Nr.					
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger o. Pensionsfestsetzungsbehörde					
Krankenkasse					

4. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
(gegebenenfalls Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen!)

a) Haben der Hilfesuchende oder die im folgenden genannten Angehörigen des Hilfesuchenden Schädigungen erlitten

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

nein **ja** falls ja,

Hilfesuchender	MdE _____ v.H.
Ehegatte	MdE _____ v.H.
Elternteil _____ (Name)	MdE _____ v.H.

b) Sind Angehörige des Hilfesuchenden

- durch Kriegseignisse gefallen oder vermißt,
- an Kriegsleiden verstorben,
- im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben, oder
- bei Ausübung des Zivildienstes verstorben?

nein **ja** falls ja,

Ehegatte (bei Wiederverheiratung auch früherer Ehegatte)	_____
	(Name, Geburtsdatum)
Kinder (ehel., f. ehel. erklärte, adoptierte nichtehel. Stief-, Pflegekinder, Enkel)	_____
	(Name, Geburtsdatum)
Elternteil	_____
	(Name, Geburtsdatum)

5. Sonstige Angaben

a) Wurde für den Hilfesuchenden eine Betreuung verfügt oder beantragt?

nein ja Amtsgericht _____ AZ: _____

Name u. Anschrift des Betreuers: _____

Wirkungskreis der Betreuung: _____
(Betreuerausweis vorlegen!)

b) Frühere Ehegatten des Hilfesuchenden: (soweit nicht bereits unter Nr. 1 angegeben)

(Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag) _____

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

Urteil des Land-/Familiengerichts in _____ vom _____ AZ: _____

(Scheidungsurteil, Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen!)

d) Beihilfeanspruch des Hilfesuchenden, seines Ehegatten oder seiner Eltern

(aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)

ja nein

Beihilfeberechtigter _____

Beihilfe gewährende Stelle _____

e) Dauernde Behinderung, Krankheit besteht

ja nein

Ursache (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit) _____

f) Besteht eine Behinderung? (Schwerbehindertenausweis beifügen!)

ja nein

Grad der Behinderung GdB _____ festgestellt durch Versorgungsamt _____

g) Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen?

ja nein

vom ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ Behörde: _____ Hilfeart: _____

h) Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt?

(z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rehabilitationsleistungen)

ja nein

(Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen!)

i) Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide beifügen!)

ja nein

j) Bei Inhaftierung: Wird Überbrückungsgeld nach § 51 Strafvollzugsgesetz angespart?

ja nein

derzeitige Höhe: _____

6. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

a) Datum der Einrichtungsaufnahme _____

b) derzeitiger Aufenthaltsort: _____ seit _____

c) tatsächliche Aufenthaltsorte (polizeiliche Meldung nicht ausschlaggebend) während der letzten 6 Monate:

d) bei Übertritt aus dem Ausland, Datum und Ort des Grenzübertritts: _____

Ich erkläre, daß die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.
Mir ist bekannt, daß ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muß.

Mir ist bekannt, daß meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, daß ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfgewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Jeder hat Anspruch darauf, daß die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, daß der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFörsV erteilt.

Sonstige Angaben:

Geldleistungen können gezahlt werden auf	Konto-Nr.
Bankinstitut	BLZ

Wichtiger Hinweis gemäß § 35 Abs. 9 Wohngeldgesetz

Die aufgrund der Bearbeitung bekannten Daten werden für die Wohngeldstatistik verwendet. Dabei werden Wohngeldnummern zugeteilt, die keine Angaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse der Wohngeldempfänger enthalten oder einen Rückschluß auf diese zulassen. Für Zusatzaufbereitungen im Rahmen einer durchzuführenden Zufallstichprobe dürfen Einzelangaben ohne Wohngeldnummer auch der sachlich zuständigen obersten Bundesbehörde übermittelt werden. Die statistische Geheimhaltung ist durch gesetzliche Regelung insbesondere über Organisation und Verfahren gewährleistet.

PLZ, Ort, Datum	Unterschrift d. Hilfesuchenden bzw. seiner gesetzl. Vertreter	Unterschrift des Ehegatten
-----------------	---	----------------------------

a) Der Antrag auf Hilfe ist hier am aufgenommen worden oder eingegangen.
Damit wurde hier bekannt, daß ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen.
Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

b) Mit Belegen am an

Weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift
------------	-----------------------

Wirtschaftliche Verhältnisse des Hilfesuchenden, seines Ehegatten bzw. bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden der Eltern.

1. Einkommensarten

Schlüsselzahlen für Einkommen

1) Tätigkeit

0110 Eink./Selbständiger
0111 Eink./Landw.-Forstw.
0120 Eink./unselbst. Tät.
0121 Leihl. Vergütung
0122 Urlaubsgeld 1/12
0123 Urlaubsgeld Einzelf.
0125 Weihnachtsgeld 1/12
0126 Weihnachtsgeld-indiv.
9128 Erst. LSt.-KiSt. 1/12
0129 Erst. LSt.-KiSt. indiv.
0130 Krankengeld
0140 Schlechtwettergeld
0150 ALG
0160 Alh.
0170 Übergangsgeld
0180 Konkursausfallgeld
0190 Kurzarbeitergeld
0191 Eingl. Geld
0196 Mutterschaftsgeld

2) Gesetzliche Rentenversicherung

0210 Rente wg. teilweiser Erwerbsminderung
0220 Rente wg. voller Erwerbsminderung
0230 Alterrente
0240 Ww.Rente
0241 Waisenrente
0250 Unfallrente
0255 Knappsch. Rente
0260 Österr. Rente
0270 ausländ. Rente

3) Versorgung (BGV, HHG, SVG, OEG)

0310 BVG-Grundrente 30 %
0311 BVG Grundrente 40 %
0312 BVG-Grundrente 50 % +
0318 BVG-Ausgl. Rente
0319 BVG-Berufssch. Ausgl.
0320 BVG-Pflegezulage mA.
0321 BVG-Führhundzulage
0322 BVG-Kleiderversch.
0323 BVG-Schwerstbeh. Zul.
0330 BVG-Elternteilrente
0331 BVG-Elternr. f. Paare

0332 BVG-Schadensausgl.
0333 BVG-Ws. Ausgl. Rente
0340 sonst. BVG-Rente

4) Lastenausgleich

0410 UH-LAG
0420 Entsch. Rente-LAG

5) Öffentlicher Dienst

0510 Pension
0520 Witwengeld (öD)
0530 Waisengeld (öD)

6) Rentenähnliche Leistungen

0610 betriebl. Zuwendungen
0620 Betriebszusatzrente
0630 Leibrente, Leibgeding
0640 Altersgeld für Landwirte
0650 Entsch. rente-BEG
0651 Entsch. Rente-OEG
0660 Unterhalt - Geldleist.
0661 Unterhalt - Sachleist.
0870 Hilfswerk f. beh. Kinder

7) Sonstige Leistungen

0710 Kindergeld
0711 KGZ
0712 Kinderzuschuß. Rent.
0720 UVG-Leistungen
0730 USG-Leistungen
0740 BAföG-Leistungen
0750 Zivilblindenpflegeg.

8) Einkommen aus Vermögen

0810 Zinseinnahmen
0811 Vermögensertrag
0820 Mieteinnahmen
0821 Pachteinahmen

9) Sonstige Einkommen

0910 bes. Mietzuschuß
0911 Wohngeld - nicht pauschal.
0912 Lastenzuschuß-WoGG
0950 sonst. Einnahmen

Nettoeinkommen monatlich	a) des Hilfesuchenden		b) des Ehegatten (auch wenn geschieden oder getrennt lebend) Bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden hier Angaben über die Eltern.	
			Ehegatte/Vater	Mutter
Entsprechende Schlüsselzahl	/	€	/	€
vor den Einkommenbetrag	/	€	/	€
schreiben!	/	€	/	€
	/	€	/	€
Nachweise beilegen!	/	€	/	€
	/	€	/	€
	/	€	/	€
Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen angeben:				
(z.B. Krankenkasse ,				
Rententräger, Akten- bzw.				
Rentenzeichen)				

Sollte kein Einkommen oder sonstige Einkünfte erzielt worden sein, bitten wir um Bekanntgabe, wovon der Lebensunterhalt bestritten wurde!

2. Laufende Ausgaben (bitte belegen!)

	€	€	€
a) Versicherungen (z.B. Haftpflicht-, Lebensver- sich., Sterbegeldvers., frei- willige Krankenversicherung)			
b) Mit d. Erzielung d. Einkom- mens verbund. Ausgaben			

3. Besondere Belastungen (z.B. Schulden, Krankheit, Unterstützung von Anghörigen)(bitte belegen!)

4. Vermögensverhältnisse (bitte belegen)

a) bewegl. Vermögen

Spar- und Bankguthaben	bei	bei	bei
Sparverträge, Sparbriefe	€	€	€
Girokonto, Bausparvertrag	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
sonstiges Vermögen (z.B. Wertpapiere, Bargeld, Kfz)	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€

b) unbewegliches Vermögen (Haus- und Grundvermögen)

nein ja (bitte belegen und folgende Angaben machen)

<input type="checkbox"/> Wohnhaus (Zahl d. Wohnungen) Eigentümer _____ gesch. Verkehrswert _____ € Gemarkung _____ derzeitige Nutzung _____	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnungen Anteil _____ v.H. Baujahr _____	<input type="checkbox"/> gewerbl. genutztes Grundstück Einheitswert _____ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> € Grundstücksfl. _____ Flur-Nr. _____
<input type="checkbox"/> sonst. Grundbesitz insg. _____ ha Eigentümer _____ gesch. Verkehrswert _____ € derzeitige Nutzung _____	davon Bauland _____ qm Anteil _____ v.H. Flur-Nr. _____	Bauerwartungsland _____ qm Einheitswert _____ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> € Gemarkung _____
<input type="checkbox"/> Ansprüche auf Grundvermögen im Gebiet der ehemaligen DDR Art: _____		

5) Wohnverhältnisse des Hilfesuchenden u. d. in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen

a) Mietwohnung Untermieter Miete monatlich € _____ (ohne Nebenkosten)
Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Gebühren) monatlich € _____ (bitte belegen!)
Heizungskosten monatlich € _____
wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt ja nein

b) Eigentumswohnung eigenes Haus freies Wohnrecht
monatlich anfallende Kosten z. B. Schuldzinsen, Schuldtilgung € _____ (bitte belegen!)
Grundsteuer, Gebühren € _____ (bitte belegen!)

c) Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____
oder Wohngeld ist bewilligt mit monatlich € _____ bis einschließlich _____

d) nur zu **beantworten, wenn die Übernahme der Mietkosten beantragt wird:**
Bezugsfertigkeit bis 31.12.1965 mit Sammelheizung mit Bad/Dusche
 01.01.1966 - 31.12.1991 ab 01.01.1992
Wohnfläche _____ qm.

6) Vermögensabgabe

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z. B. Haus oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja

Zeitpunkt: _____ Höhe: _____ Art: _____
Empfänger, Anschrift: _____
Grund, Anlaß: _____
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

7) Bestehen Ansprüche o. Rechte gegen Dritte (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Darlehensrückzahlungsansprüche, Ansprüche aus Erbschaft)?

nein ja Art: _____ Höhe: _____
Verpflichteter, Anschrift _____
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

8) Bestehen Lebens- oder Sterbegeldversicherungen?

nein ja Art, Höhe _____

9) Bestehen Krankenhaus(tage)geldversicherungen?

nein ja Art, Höhe _____