

Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen nach dem SGB IX, SGB XII, BVG



Bezirk Schwaben
Sozialverwaltung
Hafnerberg 10
86152 Augsburg

Eingangsstempel:

Aktennummer

Leistungsantrag für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beginn d. Leistung:

Datum

Zur sachgerechten Entscheidung über Ihren Antrag werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der antragstellenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters/Betreuers auf der letzten Seite zu bestätigen. Bitte beachten Sie auch den datenschutzrechtlichen Hinweis am Ende des auszufüllenden Formulars.

Leistungsarten

Name des Anbieters / Einrichtung

Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Eingliederungshilfe

Besondere Wohnform

teilstationäre Einrichtung
(Förderstätte/WfbM/andere Anbieter)

ambulant betreutes Wohnen

Behindertenfahrdienst

Hilfsmittel/Wohnungsumbau

Hilfe zur Pflege

Alten- und Pflegeheim

auf Dauer vorübergehend

vom

bis

Gerontopsych. Abteilung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Kurzzeitpflegeeinrichtung

Tages- / Nachtpflege

ambulante Hilfe zur Pflege

Blindenhilfe

1. Persönliche Verhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin		
	Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Ehegatte(in) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <small>Lebenspartnerschaftsgesetz</small> <input type="checkbox"/> Partner(in) / Bedarfsgemeinschaft <small>eheähnliche Lebensgemeinschaft</small>
1.1 Allgemeine Angaben		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Telefon		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit(en)		
Aufenthaltsstatus (wenn Staatsangehörigkeit nicht Deutsch)		
Nachweis	Bescheinigung über Aufenthaltsstatus bitte beifügen!	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnersch. <input type="checkbox"/> LP aufgehoben <input type="checkbox"/> d. Tod aufgel. LP	<input type="checkbox"/> verstorben am : _____
Scheidung / Beendigung Lebenspartnerschaft	am:	Amtsgericht:
Wurde eine Unterhaltsregelung vereinbart?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, welche?		
Nachweis	Scheidungsurteil bzw. Unterhaltstitel bitte beifügen!	
Haben bereits vorherige Ehen/Lebenspartnerschaften bestanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (weitere Angaben unter Ziffer 2.3 angeben)	

1.2 Betreuung/Bevollmächtigung		
	Antragsteller(in)	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)
Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
	Amtsgericht	Amtsgericht
	Aktenzeichen	Aktenzeichen
Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten		
Nachweise	Bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Beschluss beifügen. Für die bevollmächtigte(n) Person(en) (z.B. Leistungsanbieter, Angehörige) bitten wir entsprechende Vollmachten beizufügen.	

1.3 Besteht eine Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Antragsteller(in)	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)
Aktuelle Beschäftigung		

Aktueller Arbeitgeber		
Voll- oder teilstationäre Beschäftigung (z.B. WfbM oder Tagesstätte)		

1.4 Weitere Personen <u>innerhalb</u> des Haushaltes der nachfragenden Person <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	1. Person	2. Person
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand		
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweis	Angaben zu weiteren Personen bitten wir auf einem Beiblatt zu vermerken.	

2. Unterhaltspflichtige Personen <u>außerhalb</u> des Haushaltes der nachfragenden Person		
2.1 Eltern	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
PLZ, Wohnort, Land		
Straße, Nr.		
ggf. Sterbedatum und Sterbeort		
Beruf		
Einkommen über 100.000 €/jährl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.2 Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Kind 1	Kind 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort, Land		
Straße, Nr.		
Beruf		
Einkommen über 100.000 €/jährl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kind 3	Kind 4
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort, Land		
Straße, Nr.		
Beruf		
Einkommen über 100.000 €/jährl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.3 Getrennt lebender oder geschiedene(r) Ehegatte(n) (§§ 1361 ff. BGB)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	getrennt lebender/geschiedener Ehegatte (soweit nicht unter Ziffer 1 angegeben)	weiterer geschiedener Ehegatte	
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
PLZ, Wohnort, Land			
Straße, Nr.			
Höhe des Unterhalts	EUR	EUR	
Unterhaltstitel			
Unterhaltsverzicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nachweis	Unterhaltstitel bzw. Verzichtsnachweis bitte in Kopie beifügen!		
ggf. Sterbedatum und Sterbeort			

3. Einkommensverhältnisse des(r) Antragstellers(in) und seiner/ihrer Familienangehörigen (§ 82 ff. SGB XII)		
3.1 Monatlichen Einkünfte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art des monatlichen Einkommens	Antragsteller(in) EUR	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)/ falls minderjährig Eltern EUR
1.) Arbeitnehmertätigkeit		
2.) Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit		
3.) Land- und Forstwirtschaft		
4.) Wert des Austrages		
5.) Landwirtschaftliches Altersgeld		
6.) Kindergeld		
7.) Krankengeld		
8.) Mutterschaftsgeld		
9.) Elterngeld		
10.) Betreuungsgeld		
11.) Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit)		
12.) Arbeitslosengeld II (SGB II)		
13.) Übergangsgeld		
14.) Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung (SGB XII)		
15.) Wohngeld/Lastenzuschuss		
16.) Werkstatteinkommen		
17.) Renten		
<input type="checkbox"/> Altersrente		
<input type="checkbox"/> Rente wg. Erwerbsminderung		
<input type="checkbox"/> Witwenrente		
<input type="checkbox"/> Waisenrente		
<input type="checkbox"/> Halbwaisenrente		
<input type="checkbox"/> Betriebsrente		
<input type="checkbox"/> Unfallrente		
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente		
<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente		
<input type="checkbox"/> ausländische Rente		
<input type="checkbox"/> private Renten (z.B. Lebensversicherung)		
<input type="checkbox"/> Renten nach dem BVG		

18.) Pension / Hinterbliebenenversorgung		
19.) Lastenausgleich nach LAG		
20.) Miet- und Pachteinnahmen		
21.) Kapitalertrag / Zins		
22.) Leistungen der Pflegekasse		
23.) Unterhaltszahlungen		
24.) Unterhaltsvorschuss Jugendamt (UVG)		
25.) BaföG		
26.) Berufsausbildungsbeihilfe		
27.) Ausbildungsgeld (SGB III)		
28.) Ausbildungsvergütung		
29.) Zusatzversorgung		
30.) Landesblindengeld		
31.) Landespflegegeld		
32.)		
Nachweise	Sämtliche Einkünfte sind lückenlos mit Nachweisen der letzten 12 Monate (z.B. Gehaltsabrechnungen, Bescheide) zu belegen.	

3.2 Beiträge zu privaten Versicherungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
	Antragsteller(in)			Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)/ falls minderjährig Eltern		
	Beitrag	EUR	Fälligkeit(en)	Beitrag	EUR	Fälligkeit(en)
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung						
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung						
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung						
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung						
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung						
<input type="checkbox"/> Altersvorsorgeverträge (z.B. Riestervertrag)						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
Nachweise	Nachweis über die aktuelle Höhe der monatlichen Beitragszahlung für die zutreffende Versicherung bitte in Kopie beifügen!					

3.3 Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Entfernungskilometer zur Arbeitsstelle (einfache Wegstrecke)		km	km
Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel		EUR	EUR
sonstige Aufwendungen		EUR	EUR

4. Kosten der Unterkunft der nachfragenden Person und der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen (§ 35 SGB XII)	
Antragssteller(in)	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Heimbewohner <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Ehegatte / Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Miteigentümer <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Heimbewohner <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

4.1 Mietwohnung			
Gesamtmiete:		EUR	Anzahl der Räume
Belastung / Kaltmiete		EUR	Wohnfläche m ²
Nebenkosten		EUR	Baujahr

Strom für Haushaltsenergie ist in den Nebenkosten enthalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Möbliertung	<input type="checkbox"/> vollmöbliert <input type="checkbox"/> teilmöbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert
Heizkosten	EUR	Heizungsart	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung
Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> zentral (über Heizung)	Heizmittel	<input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme
	<input type="checkbox"/> dezentral <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Holz/Kohle		
Nachweise	Mietvertrag, Mietanpassungsschreiben und letzte Nebenkostenabrechnung in Kopie beifügen!		

4.2 Selbstbewohnte Immobilie					
Baujahr		Anzahl der Räume		Wohnfläche	qm
<input type="checkbox"/> Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> zentral (über Heizung)				
	<input type="checkbox"/> dezentral	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Holz/Kohle	
<input type="checkbox"/> Heizkosten	mtl. EUR	<input type="checkbox"/> Erdgas	<input type="checkbox"/> Heizöl	<input type="checkbox"/> Fernwärme	
		<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Holz / Kohle		
<input type="checkbox"/> Wasser-/Abwassergebühren	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Müllgebühren	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Straßenreinigung	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Brandversicherung	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Gebäudeversicherung	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Hausgeld	mtl. EUR				
<input type="checkbox"/> Tilgung	mtl. EUR	Zins	mtl. EUR		
<input type="checkbox"/>	mtl. EUR				
Nachweise	Bitte fügen Sie für sämtliche anfallenden Kosten die entsprechenden Nachweise bei (u.a. Gebühren- und Beitragsbescheide, Beitragsabrechnung d. Versicherung, Wirtschaftsplan, Wohngeldabrechnung); Bei Untervermietung auch die entsprechenden Mietverträge;				

4.3 Auszahlung von Leistungen (§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB XII)		
Im Rahmen der Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Leistungen der Grundsicherung wird die Auszahlung der Leistung an nachfolgende Zahlungsempfänger beantragt:		
<input type="checkbox"/> Miete an Antragsteller(in)		
<input type="checkbox"/> Miete an Vermieter	Bankinstitut	
	IBAN	
<input type="checkbox"/> Heizkostenabschlag an Energieversorger	Bankinstitut	
	IBAN	
<input type="checkbox"/> Stromkostenabschlag an Energieversorger	Bankinstitut	
	IBAN	
Nachweis	Letzte Mitteilung des Energieversorgers über mtl. Abschlagszahlung in Kopie jeweils beifügen!	

5. Aufenthaltsverhältnisse des(r) Antragstellers(in)	
Derzeitiger Aufenthaltsort	
Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate (nicht polizeiliche Meldung)	
Wann, woher und aus welchem Grund während der letzten 12 Monaten hier zugezogen?	
Bei Einreise aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübertrittes	

Bei Heimaufnahme/-aufenthalt: Aufenthaltort während der letzten 2 Monate vor Heimaufnahme	
<u>Bei Einrichtungswechsel:</u> Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung? Aufenthaltort während der letzten 2 Monate vor Aufnahme in die erste Einrichtung?	
Wer war bisheriger Kostenträger?	

6. Kranken- und Pflegeversicherung des(r) Antragstellers(in) (32 SGB XII und § 264 SGB V)			
Name der Krankenkasse			
Anschrift (Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort)			
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung		
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über:		
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung	Beitrag monatlich:	EUR
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	Beitrag monatlich:	EUR
Nachweis	Beitragsbescheid bitte in Kopie beifügen!		
Krankenbehandlung nach § 264 SGB V über Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn derzeit nicht krankenversichert, Angaben zur letzten Mitgliedschaft:	Letzte Krankenkasse:		
	vom _____ bis _____		
Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> beantragt am		
	<input type="checkbox"/> abgelehnt am		
Festgestellter Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Weitere Leistungen der Pflegekasse?	Art der Leistung		EUR
Nachweis	MDK-Gutachten und (Ablehnungs-)Bescheid(e) der Pflegekasse in Kopie beifügen!		

7. Sonstige Angaben des(r) Antragstellers(in)			
Wurde eine Erwerbsminderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Erwerbsminderung auf	<input type="checkbox"/> Dauer	<input type="checkbox"/> Zeit	von _____ bis _____
Nachweis	Rentenbescheid bzw. Erstbescheid der Rentenversicherung in Kopie beifügen!		
Beihilfeanspruch des Antragstellers, seines Ehegatten oder seiner Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie bereits früher Sozialleistungen beantragt bzw. wurden diese abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt		
Nachweis	Ablehnungsbescheid(e) bitte in Kopie beifügen!		
Wenn ja, welche Leistungen?	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II
	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Kindergeld	<input type="checkbox"/> Krankengeld
Kostenträger			
Wovon haben Sie Ihren Lebensunterhalt bestritten?			
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Nachweis	Schwerbehindertenausweis bzw. Bescheid v. Versorgungsamt in Kopie beifügen!		
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anmerkung	

Liegt ein Geburtsschaden bzw. ein sonstiger ärztlicher Behandlungsfehler vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Besteht eine Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Sind Sie Geschädigter eines Unfalles?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Sind Sie Geschädigter eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anmerkung

8. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

	Antragsteller(in)		Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaftswoche		Woche		Woche
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Hinweis	Angaben zu Ihren minderjährigen Kindern bitte unter Ziffer 1.4 eintragen.			
Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 SGB XII?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?				
Nachweis	Ärztliche Bescheinigung in Kopie beifügen.			

9. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bzw. Soldatenversorgungsgesetz (SVG)

Haben die nachfragende Person oder die im Folgenden genannten Angehörigen der nachfragenden Person Schädigungen erlitten

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

nein ja

Geschädigte(r)	Familienname, Vorname	Grad der Schädigungsfolge (GdS)
nachfragende Person		%
Ehegatte		%
Elternteil		%

Sind Angehörige der nachfragenden Person

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

nein ja

Person(en)	Familienname, Vorname	Geburtsdatum
Ehegatte (bei Wiederverheiratung auch früher Ehegatte)		
Kinder		
Elternteil		

Nachweise **BVG-Rentenbescheid** bzw. Sterbeurkunde bitte in Kopie beifügen!

10. Vermögenswerte (§ 90 SGB XII)

	des(der) Antragsteller(in)		des Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)/ falls minderjährig Eltern	
10.1 Bank- und Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Girokonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN		IBAN	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN		IBAN	

Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Kontostand EUR		Kontostand EUR	
Nachweis	Die lückenlosen Kontoauszüge der letzten 3 Monate für sämtliche Konten bitte in Kopie beifügen!			

10.2 Aktien- und Investmentanteile				
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bankinstitut		Bankinstitut	
	Wert EUR		Wert EUR	
Aktienfonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bankinstitut		Bankinstitut	
	Wert EUR		Wert EUR	

10.3 Versicherungen				
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Drittbegünstigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Drittbegünstigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Begünstigte Person: _____		Begünstigte Person: _____	
Altersvorsorgeverträge (z.B. Riester / Rürup)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Rückkaufswert EUR		Rückkaufswert EUR	
Nachweis	Vollständiger Versicherungsvertrag inkl. Nachweis über die Höhe des aktuellen Rückkaufwertes bitte jeweils in Kopie beifügen!			
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Abtretung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abtretung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Widerruf möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Widerruf möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Rückkaufswert:	EUR	Rückkaufswert:	EUR
Bestattungsvorsorgevertrag	<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
	Bestattungsunternehmen		Bestattungsunternehmen	
	in Höhe von EUR		in Höhe von EUR	
Nachweis	Eine Kopie des Vertrages bitte beifügen!			

10.4 Bargeld				
	Ich verfüge über	EUR	Ich verfüge über	EUR

10.5 Haus- und Grundeigentum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ___ Eigentumswohnung(en) <input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) (z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen)		<input type="checkbox"/> ___ Eigentumswohnung(en) <input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) (z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen)

Nachweise	Unterlagen über die Finanzierung (Zins, Tilgung) bitte in Kopie beifügen. Bei Untervermietung / -verpachtung auch die entsprechenden Miet-/Pachtverträge;
------------------	--

Weitere Angaben zum vorgenannten Haus- und Grundeigentum

Art des Grundvermögens		m ²		m ²
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	
Art des Grundvermögens		m ²		m ²
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	
Art des Grundvermögens		m ²		m ²
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	

10.6 Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art des Anspruches (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege)			
Nachweis	Eine Kopie des Vertrages bitte beifügen!		

10.7 Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kraftfahrzeug	Kennzeichen	Hersteller	Kennzeichen	Hersteller
	Typ	Baujahr	Typ	Baujahr
	Kilometerstand:	km	Kilometerstand:	km
	Zeitwert:	EUR	Zeitwert:	EUR
Weitere Vermögenswerte (z.B. wertvolle Sammlungen, Darlehensrückzahlungsansprüche, Genossenschaftsanteile)				

11. Vermögensabgabe (Schenkung oder Veräußerung) innerhalb der letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitz	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
<input type="checkbox"/> Barvermögen	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
<input type="checkbox"/> Sparvermögen	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger

<input type="checkbox"/> Sonstiges	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
Nachweise	Verträge bzw. notarielle Urkunden bitte beifügen!	

12. Bestehen Erb- und Pflichtteilsansprüche		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Erbanspruch <input type="checkbox"/> Pflichtteilsanspruch		
Art und Höhe			EUR
Erblasser Name und Anschrift			
Todestag und -ort			
Nachweis	Unterlagen (u.a. Erbschein, Testament, Nachlassverzeichnis) bitte in Kopie beifügen!		

Anmerkungen

Erklärung des(der) Antragssteller(in) und des(der) Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)
<p>Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.</p> <p>Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete 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.</p> <p>Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten der Betreuungs- und Nachlassgerichte bzw. Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe einzusehen.</p> <p>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.</p> <p>Zur Durchführung einer Teilhabekonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabekonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabekonferenzplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabekonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).</p> <p>Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.</p> <p>Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferversorgung erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KfVersV erteilt.</p>

Hinweis gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Schwaben
 Hafnerberg 10
 86152 Augsburg
 Telefon 0821 3101-0
 E-Mail: poststelle@bezirk-schwaben.de

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

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1e), Abs. 2 und 3 DSGVO. Ihre Daten können vom Bezirk Schwaben im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung an Dritte übermittelt werden (§§ 67 d ff. SGB X), z. B. an den Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechenden Stellen in anderen EU-Ländern. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII). Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen ggf. ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Schwaben, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Schwaben erreichen Sie unter der Telefonnummer 0821 3101351 oder über die E-Mail-Adresse: Datenschutz@bezirk-schwaben.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz.

Geldleistungen können auf folgende Bankverbindung der nachfragenden Person gezahlt werden:

Kontoinhaber	Name	Vorname
Bankinstitut	Name	
IBAN (22-stellig)		
PLZ, Ort	Datum	Unterschrift
		_____ Antragssteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter
		_____ Ehegatte(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)
		_____ Aufnehmende Person

Anlage 1 - Anlagenverzeichnis zum Sozialhilfeantrag

Um eine zeitnahe Bearbeitung sicherstellen bzw. unnötiges Nachfragen vermeiden zu können, werden Sie gebeten die erforderlichen Nachweise vollständig entsprechend Ihrer Angaben dem Sozialhilfeantrag beizufügen und diese in der Spalte Nachweise mit einem Kreuz (X) zu kennzeichnen.

Unterlagen die zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden bitten wir in der letzten Spalte ebenfalls mit einem Kreuz (X) zu versehen.

Nachweise	Angaben im Formblatt	wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Bescheinigung Aufenthaltstitel	Ziffer 1.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde des (getrenntlebenden / geschiedenen) Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/Partner(in)	Ziffer 1.1, 2.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scheidungsurteil bzw. Unterhaltstitel	Ziffer 1.1, 2.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Betreuerausweis bzw. Beschluss	Ziffer 1.2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag	Ziffer 1.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde Mutter	Ziffer 2.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde Vater	Ziffer 2.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einkommensnachweise über sämtliche Einkünfte der letzten 12 Monate	Ziffer 3.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag(e) und Nachweis über mtl. Beitragszahlung	Ziffer 3.2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mietvertrag, letztes Mietanpassungsschreiben und letzte Nebenkosten abrechnung	Ziffer 4.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Finanzierung zur Immobilie(n), ggf. Untermietvertrag	Ziffer 4.2, 10.5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hausgeld (Vorauszahlung für selbstbewohnte Immobilie)	Ziffer 4.2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Miete an Vermieter bzw. Abschlagszahlungen an Energieversorger	Ziffer 4.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beitragsbescheid der Krankenkasse	Ziffer 6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MDK-Gutachten, (Ablehnungs-)Bescheide der Pflegekasse	Ziffer 6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rentenbescheid bzw. Feststellungsbescheid der Rentenversicherung	Ziffer 7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ablehnungsbescheid(e) über Sozialleistungen	Ziffer 7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis und/oder Bescheid v. Versorgungsamt	Ziffer 7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung	Ziffer 8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BVG-Rentenbescheid bzw. Sterbeurkunde	Ziffer 9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller Bank- und Sparkonten	Ziffer 10.1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag inkl. Nachweis über den aktuellen Rückkaufswert	Ziffer 10.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vertrag zu vertraglich gesicherten Ansprüchen (z.B. Übergabevertrag)	Ziffer 10.6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorgevertrag	Ziffer 10.3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wertgutachten Autohändler	Ziffer 10.7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vertrag zu Vermögensabgaben der letzten 10 Jahre	Ziffer 11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweise zu Erb- und Pflichtteilsansprüchen (u.a. Testament, Erbschein, Nachlassverzeichnis)	Ziffer 12	<input type="checkbox"/>
Ausschließlich für Leistungen der Eingliederungshilfe (betrifft nicht den Behindertenfahrdienst)		
<input type="checkbox"/> Ärztlicher Bericht nach dem Gesamtplanverfahren		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sozialbericht		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einverständniserklärung GPV - nur bei seelischer Behinderung		<input type="checkbox"/>