

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)



für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige bis zur Vollendung der Schulausbildung (stationär)

Bezirk Schwaben
 Sozialverwaltung
 Hafnerberg 10
 86152 Augsburg

Eingangsstempel:

Aktennummer

Sozialhilfeantrag für

 Name, Vorname

 Geburtsdatum

| | |
|---|--|
| Name des Anbieters / Einrichtung | |
| Ort | |
| Leistungen werden beantragt ab | |

| 1. Persönliche Verhältnisse der nachfragenden Person (Schüler) | |
|---|---|
| 1.1 Allgemeine Angaben | |
| Name (ggf. auch Geburtsname) | |
| Vorname(n) | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet |
| PLZ, Wohnort | |
| Straße, Nr. | |
| Staatsangehörigkeit (bei Nicht-EU-Bürgern Aufenthaltsstatus beifügen) | |
| Telefon | |

| 1.2. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person (Kind/Schüler) | |
|--|--|
| Derzeitiger Aufenthaltsort | |
| Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate (nicht polizeiliche Meldung) | |
| Bei Einreise aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübertrittes | |

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

1.3. Kranken- und Pflegeversicherung der nachfragenden Person (Kind/Schüler)

| | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Name der Kranken- / Pflegekasse 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 | |
| KV-Nummer | | | | | |
| 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 |

1.4. Angaben zur Behinderung (bitte Nachweise, z.B. Befundberichte von Fachärzten, Kliniken etc.)

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| Dauernde Behinderung / Krankheit besteht (Diagnose/n) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> beantragt |

1.5 Anderweitige Ansprüche

| | | |
|---|--|---|
| Die Behinderung ist Folge eines | - Unfalles | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | - Impfschadens | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | - schuldhaften Verhaltens Dritter | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | - eines Geburts- bzw. Medizinschadens | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden bereits Ansprüche geltend gemacht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen) | |

2. Leibliche Eltern

| | Vater | Mutter |
|---|---|---|
| Name (ggf. auch Geburtsname) | | |
| Vorname(n) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Ggf. Sterbedatum | | |
| Familienstand | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Straße, Nr. | | |
| Telefon | | |
| Sorgeberechtigung (ggf. Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Eigenes Einkommen Wenn ja - weitere Angaben bei Ziffer 5 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| 3. Ggf. Pflegeeltern | | |
|--|---|---|
| | Vater | Mutter |
| Name | | |
| Vorname(n) | | |
| Geburtsdatum | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Straße, Nr. | | |
| Telefon | | |
| Sorgeberechtigung/Bevollmächtigung (ggf. Nachweise beifügen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| zuständiges Jugendamt | Telefon Ansprechpartner | |

| 4. Betreuung/Bevollmächtigung/Vormundschaft | |
|---|--|
| Betreuung/Bevollmächtigung/Vormundschaft | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt |
| 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. |

| 5. nur bei <u>Minderjährigen</u> notwendig: Weitere Personen <u>innerhalb</u> des Haushalts der nachfragenden Person (z.B. Geschwister) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
|--|--|---|
| Hinweis | Angaben zu weiteren Personen bitten wir auf einem Beiblatt zu vermerken. | |
| | 1. Person | 2. Person |
| Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person | | |
| 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 |
| Art und mtl. Höhe | | |
| Nachweise | Sämtliche Einkommen sind mit Nachweisen zu belegen. | |
| | 3. Person | 4. 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 |
| Art und mtl. Höhe | | |
| Nachweise | Sämtliche Einkommen sind mit Nachweisen zu belegen. | |

| 6. Einkommensverhältnisse | | | |
|---|---|-----------|------------|
| 6.1 Monatlichen Einkünfte | | | |
| Art des monatlichen Einkommens | der nachfragenden Person (Kind/Schüler) EUR | Vater EUR | Mutter EUR |
| 1.) Arbeitnehmertätigkeit | | | |
| 2.) Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit | | | |
| 3.) Land- und Forstwirtschaft | | | |
| 4.) Kindergeld/Kinderzuschlag | | | |
| 5.) Krankengeld | | | |
| 6.) Mutterschaftsgeld | | | |
| 7.) Elterngeld | | | |
| 8.) Betreuungsgeld | | | |
| 9.) Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit) | | | |
| 10.) Bürgergeld (SGB II) | | | |
| 11.) Übergangsgeld | | | |
| 12.) Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung (SGB XII) | | | |
| 13.) Wohngeld/Lastenzuschuss | | | |
| 14.) Renten (z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente, | | | |
| 15.) Pension / Hinterbliebenenversorgung | | | |
| 16.) Miet- und Pachteinnahmen | | | |
| 17.) Kapitalertrag / Zins | | | |
| 18.) Leistungen der Pflegekasse | | | |
| 19.) Unterhaltszahlungen | | | |
| 20.) Unterhaltsvorschuss Jugendamt (UVG) | | | |
| 21.) BAföG | | | |
| 22.) Berufsausbildungsbeihilfe | | | |
| 23.) Ausbildungsgeld (SGB III) | | | |
| 24.) Ausbildungsvergütung | | | |
| 25.) Landesblindengeld | | | |
| 26.) sonstige Einkünfte | | | |
| Nachweise | Sämtliche Einkünfte sind mit Nachweisen (z.B. Gehaltsabrechnungen, Bescheide) zu belegen. | | |

| 6.2. Sonstige Angaben der nachfragenden Person (Kind/Schüler) | |
|---|---|
| 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"/> Bürgergeld <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Krankengeld |
| Kostenträger | |

| 6.3. Beiträge zu privaten Versicherungen | | | | | | |
|--|--|-----|---------|-----|---------|-----|
| | der nachfragenden Person (Kind/Schüler) | | Vater | | Mutter | |
| | Beitrag | EUR | Beitrag | EUR | Beitrag | EUR |
| <input type="checkbox"/> Privat-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"/> | | | | | | |
| Nachweise | Nachweis über die aktuelle Höhe der monatlichen Beitragszahlung für die zutreffende Versicherung bitte in Kopie beifügen! | | | | | |

| 6.4 Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens der Eltern | | |
|--|-----|-----|
| Entfernungskilometer zur Arbeitsstelle (einfache Wegstrecke) | km | km |
| Benutztes Verkehrsmittel | | |
| Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel | EUR | EUR |
| sonstige Aufwendungen | EUR | EUR |
| Beiträge zu Berufsverbänden | EUR | EUR |

| 6.5 Besondere Belastungen (z.B. Unterhaltszahlungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige) | | |
|---|-----|-----|
| | EUR | EUR |
| | EUR | EUR |

| 7. Kosten der Unterkunft der nachfragenden Person (Kind/Schüler) und der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|---|
| Wohnform | <input type="checkbox"/> Mietwohnung | <input type="checkbox"/> Untermieter | <input type="checkbox"/> freies Wohnrecht | <input type="checkbox"/> selbstbewohnte Immobilie |
| Wohngeld/Lastzuschuss | <input type="checkbox"/> beantragt am | | | |
| | <input type="checkbox"/> bewilligt in Höhe von mtl. | EUR | bis einschließlich | |
| bei(m) | | | | |

| 7.1 Mietwohnung | | |
|------------------|--|---|
| Wohnfläche | m ² | |
| Miete mtl. | EUR | (ohne Heizung oder Zuschläge für Garagen, Stellplätze, Möblierung, Untervermietung, etc.) |
| Nebenkosten mtl. | EUR | (z.B. Wasser, Abwasser, Müll, Gemeinschaftsstrom) |
| Heizungskosten | EUR | |
| Nachweise | Mietvertrag, Mietanpassungsschreiben und letzte Nebenkostenabrechnung in Kopie beifügen! | |

| 7.2 Selbstbewohnte Immobilie | | | | | |
|---|------|-----|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> Kaminkehrer | 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 | davon anteilige Rücklage | mtl. EUR |
| <input type="checkbox"/> Tilgung | mtl. EUR | Zins | 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. | | |

| |
|--------------------|
| Anmerkungen |
| |

| |
|---|
| Erklärung der nachfragenden Person / des gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreters |
|---|

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger die über mein o.g. Kind bei Einrichtungen (Schule, heilpädagogische Tagesstätten, Heime etc.), Krankenhäusern bzw. Kliniken geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Sonderpädagogische Gutachten etc.) anfordern darf. Des Weiteren willige ich ein, dass von Ärzten, die mein o.g. Kind behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die ärztlichen Daten, die dem Sozialhilfeträger bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche Aufgaben (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ihre ärztlichen Dienste sowie einem vom Sozialhilfeträger beauftragten Gutachter übermittelt werden dürfen.

Zur Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabepflichtkonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabepflichtplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabepflichtkonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).

| |
|-----------------|
| Hinweise |
|-----------------|

Bei Vorlage von Kontoauszügen können der Verwendungszweck sowie der Adressat von Ausgabebuchungen durch Schwärzen unkenntlich gemacht werden, sofern es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über rassische und ethnische Herkunft, politischen Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person. Je nach Besonderheit des Einzelfalles kann jedoch nachträglich eine Offenlegung der unkenntlich gemachten Daten verlangt werden.

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird. Bereits beglichene Heimkosten für diese Zeiträume können nicht übernommen werden.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Der Bezirk Schwaben ist zur Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der geforderten Daten und Auskünfte im Rahmen der Bestimmungen der Art. 15 Abs. 1 und Art. 16 Bayerisches Datenschutzgesetz (BayDSG) in Verbindung mit §§ 67 ff SGB X berechtigt. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden (§ 66 SGB I).

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.

| PLZ, Ort | Datum | Unterschrift |
|----------|-------|--|
| | | _____ |
| | | nachfragende Person Kind/Schüler (nur bei Volljährigkeit) |
| | | _____ |
| | | beide Elternteile (bei Minderjährigen), gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigte/r |