

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe Grundantrag ☐ Hilfe zum Lebensunterhalt ☐ Sonstiges: _____		 LANDKREIS AURICH			
		Antrag ausgehändigt am:	Antrag eingegangen am:		
Antragsbegründung 					
Belege für die eingetragenen Daten sind vollständig vorzulegen!					
I. Persönliche Verhältnisse					
	Hilfesuchende(r)	Ehegatte (auch frühere(r) Lebensgefährtin/Lebensgefährte			
Familienname, Vorname					
Geburtsname u. Namen aus früher. Ehen					
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)					
Geburtsdatum, -ort Land/Kreis			Sterbedatum		
Familienstand	Seit _____ ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ ledig ☐ Lebenspartnerschaft	Seit _____ ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ ledig ☐ Lebenspartnerschaft			
Telefon					
Staatsangehörigkeit					
Bei Ausländern: aufenthaltsrechtl. Status					
Beruf und zur Zeit ausgeübte Tätigkeit					
Arbeitgeber, Rententräger, sonstige zahlende Stelle					
Rentenzeichen					
Schwerbehinderung	☐ nein ☐ ja _____ % Merkzeichen: _____	☐ nein ☐ ja _____ % Merkzeichen: _____			
Vormund/Betreuer bestellt vom Amtsgericht					
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten	Urteil o. ä. von _____ Rechtskraft ab _____	Gericht (Name, Ort) _____ Unterhaltsregelung/Versorgungsausgleich _____	Geschäftszeichen _____		
II. Folgende Personen leben mit dem/der Hilfesuchenden in Hausgemeinschaft: (Eltern, Großeltern, Kinder, weitere Personen)					
	1	2	3	4	5
Name (Ehemann)					
Geburtsname					
Vorname(n)					
Geburtstag					
Familienstand					
Staatsangehörigkeit					
Bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status					
Verwandschaftsgrad/sonst. Beziehung (auch Verlobte usw.)?					
Beruf					
Arbeitgeber					

III. Einkommensverhältnisse (entsprechende Belege sind beizufügen)			
	Antragssteller	Ehegatte/ Angehöriger	Angehöriger
1. Erwerbseinkommen			
- Arbeitseinkommen auch geringfügig			
- Selbständige Tätigkeit			
- Land- und Forstwirtschaft			
- Ausbildungsvergütung			
2. Einkommen aus Vermögen			
- Zinsen, Dividenden, ect.			
- Miet-/Pachteinnahmen			
3. Lohnersatzleistungen			
- Arbeitslosengeld I			
- Arbeitslosengeld II			
- Unterhalts-, Übergangsgeld			
- Krankengeld			
- Mutterschaftsgeld			
- Insolvenzgeld			
- Elterngeld			
- Betreuungsgeld			
4. Renten-, Versorgungsbezüge			
- Altersrente			
- Rente wegen Erwerbsminderung			
- Witwen-, Witwer-, Waisenrente			
- Betriebs-, Zusatzrente			
- Unfallrente			
- Knappschaft			
- Landwirtschaftliches Altergeld			
- Ausländische Rente			
- Versorgungsbezüge, Pensionen			
- Rente vom Versorgungsamt			
- Rente vom Lastenausgleichsamt			
5. Sonstige Sozialleistungen			
- Kindergeld			
- Unterhaltsvorschuss (UVG)			
- BAB/BAföG			
- Unterhaltssicherung (USG)			
- Blindengeld			
- Kriegsofferfürsorge			
- Grundsicherung			
- Wohngeld/Lastenzuschuss			
- Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz			
6. Sonstige Einkünfte			
- Unterhalt			
- Leistungen aus Verträgen			
- Zuwendungen ohne Rechtsanspruch			
- Steuererstattung			
- Sonstiges			
7. Einkommensabsetzung			
- Aufwendungen für Arbeitsmittel			
- Fahrtkosten (Entfernung einfache Fahrt, mit welchem Verkehrsmittel)			
- Beiträge zu Berufsverbänden			
- Versicherungen (Haftpflcht-, Hausrat, Sterbegeld, Lebensversicherung)			
- Sonstiges			
- Haben Sie Anträge auf Leistungen gestellt über die bislang noch nicht entschieden wurde?	☐ Nein ☐ ja und zwar	☐ nein ☐ ja und zwar	☐ nein ☐ ja und zwar

IV. Vermögen							
Art des Vermögens		Hilfesuchender		Ehegatte/Eltern Lebensgefährtin/ Lebensgefährte		Sonstige Personen	
		Wert €	Einkünfte (Zinsen) €	Wert €	Einkünfte (Zinsen) €	Wert €	Einkünfte (Zinsen) €
Bargeld	IBAN: BIC:						
Bank/Sparkassen-/	IBAN: BIC:						
Kontokorrent-/	IBAN: BIC:						
Giro-/Konto	IBAN: BIC:						
Sparguthaben	IBAN: BIC:						
	IBAN: BIC:						
	IBAN: BIC:						
	IBAN: BIC:						
Sparverträge	IBAN: BIC:						
Bausparverträge	IBAN: BIC:						
Abgetreten	An wen:						
Private Altersvorsorge	Art:						
Aktien/Pfandbriefe Sonst. Wertpapiere	Art:						
Lebens-/ Sterbeversicherung	Bei: Über €:						
Sachwerte, Kfz, Wohnungen	Art: Wert:						
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art	Art: Einheitswert: Verkaufswert:						
Hypotheken/ Darlehen sonstige Forderungen	Art: Schuldner: Höhe:						
Sonstige Ansprüche (z.B. aus Kauf-, Überlassungs- oder Altenteilverträgen)	Art: Schuldner: Höhe:						
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?			☐ Nein ☐ Ja (Zeitpunkt/Anlass/Höhe/Empfänger angeben)				

V. Angaben zur Wohnung			
☐ Hauseigentum ☐ Eigentumswohnung ☐ Mietwohnung ☐ Wohnrecht ☐ Sonstige Unterbringung ☐ kostenfreie Unterkunft		Warmwasseraufbereitung über ☐ dezentrale Warmwasserversorgung ☐ zentrale Warmwasserversorgung	
Größe der Wohnung	m ²	Baujahr der Wohnung:	
Grundmiete		€	
Betriebskosten/Nebenkosten		€	
Heizkosten	€	☐ Gas ☐ Fernwärme ☐ Öl ☐ feste Brennstoffe ☐ Strom	
Grundstücksgröße bei Eigentum (Aktuellen Grundbuchauszug einreichen)	m ²	Anzahl der Wohneinheiten:	
Hauslasten monatlich gesamt	€	Davon Zinsen	Davon Tilgung
Umfassend saniert	☐ nein ☐ ja, im Jahre _____		
Sonstiges			

VI. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft: (Eltern, Kinder, Adoptivkinder usw.)					
	1	2	3	4	5
Name (Ehename)					
Geburtsname					
Vorname(n)					
Tag der Geburt					
Familienstand					
Verwandtschaftsgrad					
Straße Nr.					
PLZ Ort					
Beruf					
Arbeitgeber					
Aufenthaltstitel					
Kranken- & Pflegekasse					

	6	7	8	9	10
Name (Ehename)					
Geburtsname					
Vorname(n)					
Tag der Geburt					
Familienstand					
Verwandtschaftsgrad					
Straße Nr.					
PLZ Ort					
Beruf					
Arbeitgeber					
Aufenthaltstitel					
Kranken- & Pflegekasse					

VII. Sonstige Angaben

Kranken- und Pflegeversicherung (Name und Anschrift)	☐ Pflichtversichert ☐ Familienversichert ☐ Privat versichert ☐ freiwillig versichert ☐ Beihilfeberechtigt ☐ _____
Bei Antragstellung für ein Kind: Wo sind die Eltern versichert und wer ist Stammversicherter?	
Krankenversicherungsnummer	
Sind Sie oder eine Person in Ihrem Haushalt in einer Pflegestufe eingestuft? Wer? Bitte Bescheid vorlegen	☐ Stufe 0 ☐ Stufe 1 ☐ Stufe 2 ☐ Stufe 3 ☐ Stufe 3+ ☐ erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (eeA)
Pflegedienst	
Private Pflegeperson / Haushaltshilfe	
Mahlzeitendienst	

Seit wann sind Sie unter der aktuellen Anschrift angemeldet?	Seit: _____
Wo haben Sie in den letzten 10 Jahren vorher gewohnt?	☐ Miete ☐ Eigentum PLZ Ort: _____ Straße: _____ Haus-Nr.: _____ Von: _____ Bis: _____
	☐ Miete ☐ Eigentum PLZ Ort: _____ Straße: _____ Haus-Nr.: _____ Von: _____ Bis: _____
	☐ Miete ☐ Eigentum PLZ Ort: _____ Straße: _____ Haus-Nr.: _____ Von: _____ Bis: _____
	☐ nein ☐ ja in dem Zeitraum _____ Von der/dem Gemeinde/Stadt/Landkreis _____
	☐ nein ☐ ja von der/dem Gemeinde/Stadt/Landkreis _____ Bitte Bescheid vorlegen

Sonstiges und Hinweise:

[illegible]

Zu gewährende Leistungen bitte auf folgendes Konto überweisen:

BIC	IBAN	Bankbezeichnung								
☐ Kontoinhaber ist Antragsteller										
☐ Kontoinhaber (Name, Anschrift):										
Wahrheit der Angaben Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss. Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet worden bin, dass ich jede Äußerung in meinen Vermögensverhältnissen unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe. Mitwirkungspflicht Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I – SGBI -) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte, Änderungen des Aufenthaltstitels (Duldung, Aufenthaltserlaubnis, etc.) usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (z.B. Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass seitens des Sozialhilfeträgers (Landkreis Aurich) ein Kontenabrufverfahren nach § 93 Abs. 8 i.V.m. §93 b Abgabenordnung (AO) durchgeführt werden darf. Datenschutz Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgen aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und der Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu. Mit der Übersendung der Sozialhilfeakte an einen anderen Sozialleistungsträger, bei dem der Inhalt der Akte zur weiteren Aufgabenerfüllung benötigt wird, bin ich einverstanden. Des weiteren erkläre ich mich persönlich, oder sofern eine gesetzliche Betreuung bzw. eine in diesem Umfange erteilte Bevollmächtigung eingerichtet wurde als amtlich bestellter Betreuer bzw. Bevollmächtigter damit einverstanden, dass der Amtsärztliche Dienst des Gesundheitsamtes des Landkreises Aurich alle für die Begutachtung relevanten Daten (Krankengeschichte, häusliche und fachärztliche Befunde/Begutachtungsergebnisse, Gutachten, Pflegedokumentation, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen usw.) anfordern kann. Die hiermit befassten Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Träger (Rentenversicherungsträger, Krankenkassen usw.) werden von der Schweigepflicht entbunden. Der Amtsärztliche Dienst des beauftragten Gesundheitsamtes wird ebenfalls von der Schweigepflicht gegenüber dem Kreissozialamt des Landkreises Aurich entbunden und ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die über mich erstatteten Gutachten, Berichte und Krankengeschichten dem Kreissozialamt des Landkreises Aurich zur Verfügung gestellt werden. Überleitung von Ansprüchen Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger grundsätzlich berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.										
Antrag angenommen <table><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Datum</td><td>Datum</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Unterschrift der Antragstellerin/Antragsteller/Betreuer</td><td>Unterschrift</td></tr></table>					Datum	Datum			Unterschrift der Antragstellerin/Antragsteller/Betreuer	Unterschrift
Datum	Datum									
Unterschrift der Antragstellerin/Antragsteller/Betreuer	Unterschrift									