

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt	3. Kapitel SGB XII	Eingangsvermerk:
<input type="checkbox"/> Krankenhilfe	5. Kapitel SGB XII	
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege	7. Kapitel SGB XII	
<input type="checkbox"/> Sonstiges		Eingangsdatum:
Begründung:		

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 S. 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

1.1 Persönliche Verhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin		
	Hilfesuchende/r	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in)
Name (Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis		
Staatsangehörigkeit(en)		
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"/> lebenspartn.	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> lebenspartn.
Wohnort, Ortsteil		
Straße, Nr.		
Ausweispapiere	<input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass
Nr.		
Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn nein: Grund		
Erlerner Beruf		
Zuletzt ausgeübter Beruf		
Besteht ein Betreuungsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, Vor- und Zuname, Anschrift des Betreuers		
Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe oder haben Sie solche beantragt wenn ja, von wem?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

1.2 Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft

	1	2	3	4	5
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller					
Beruf / Beschäftigung					
Arbeitgeber / Schule					

1.3 Falls der Hilfesuchende oder ein angeführter Angehöriger kein eheliches Kind ist:

Name des Kindes		
Name und Anschrift des Vaters / der Mutter		
Name und Anschrift des Betreuers		

2.1 Einkommensverhältnisse des Hilfesuchenden und der im Haushalt lebenden Personen:

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antragsteller €	Ehegatte €	Sonstige Haushaltsmitglieder				
			Nr. 1 / €	Nr. 2 / €	Nr. 3 / €	Nr. 4 / €	Nr. 5 / €
Arbeitsentgelt							
Selbstständige Tätigkeit							
Altersrente							
Erwerbsunfähigkeitsrente							
Knappschaftsrente							
Berufsunfähigkeitsrente							
Unfallrente							
Hinterbliebenenrente							
Rente nach dem BVG							
Landwirts. Altersgeld							
Pension							
Betriebsrente							
Riester-Rente							
Lastenausgleich							
ALG I							
ALG II							
Kindergeld/Kinderzuschlag							
Krankengeld							
Unterhaltszahlungen							
Unterhaltsvorschuss							
Miete / Pacht							
Sonstige Einnahmen							

2.2 Abzusetzende Ausgaben (§ 82 Abs. 2 SGB XII)

Versicherungen		
Altersvorsorgebeiträge		
Mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben		
Fahrtkosten		
Arbeitsmittel		
sonstige Ausgaben		

2.3 Vermögensverhältnisse des Hilfesuchenden und der im Haushalt lebenden Personen:

Vermögenswerte	Antragsteller €	Ehegatte €	Sonstige Haushaltsmitglieder				
			Nr. 1 / €	Nr. 2 / €	Nr. 3 / €	Nr. 4 / €	Nr. 5 / €
Bank- und Sparguthaben							
Wertpapiere / Aktien							
Bausparverträge							
Fondsparverträge							
Grundvermögen							
Lebensversicherungen							
andere vermögensbildende Versicherungen							
Kraftfahrzeuge / Maschinen							
Vermögen im Ausland							
Sonstiges Vermögen							

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögensgegenstände (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere, etc.) veräußert, übergeben oder verschenkt? ja nein

Wenn ja, an wen? _____

Ich / Wir erkläre(n), dass außer dem vorstehenden aufgeführten Einkommen und Vermögen kein weiteres Einkommen und Vermögen vorhanden ist. Erläuterung: Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung.

Unterschrift des Antragstellers, bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners

3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung oder in einer besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe leben! (Bitte Mietvertrag beifügen) -

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	Baujahr des Hauses:
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):		€		
davon Kaltmiete:		€		
Nebenkosten:		€		
Enthalten die oben genannten Beträge				
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		€
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		€
- Kosten für Schönheitsreparaturen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		€
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		€
falls ja: zählen Sie den Fernsehempfang über Kabel zu Ihren persönlichen Bedürfnissen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	€	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
---	---	--	--	-------------------------------------

Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten: (Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)

3.2 Heizkosten - Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben! -

Höhe der monatlichen Kosten:	EUR	Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Sonstige Art
Enthalten die oben genannten Beträge								
- Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z.B. Gas)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		€			
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:		€			

3.3 Haus-/Wohnungseigentum

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

3.4 Monatliche Aufwendungen für Unterkunft und Heizung - Nur auszufüllen von Personen, die in einer besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe im Sinne des § 35 Abs. 5 i.V.m. § 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII leben! (Bitte Mietvertrag beifügen)–

Zahl der Personen in der Wohnung:			
Wohnkosten (Kaltmiete):	€		
Heizkosten:	€		
Wohnnebenkosten:	€		
Zwischensumme:	€		
Fallen noch weitere Zusatzkosten an			
- Kosten für Haushaltsstrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: €
- Zuschlag für Möblierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: €
- Zuschlag für Rundfunk, TV, Kabelfernsehen, Internet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: €
- Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: €
- andere Zuschläge:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: €
Gesamtaufwendungen für Unterkunft und Heizung:			
- darin enthaltene Kosten für Fachleistungen der Eingliederungshilfe gem.§ 42a Abs. 6 S. 2 SGB XII	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe: €

4.1 Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung

Art der Tätigkeit	Dauer		Name und Anschrift Arbeitgeber	Grund Beendigung Arbeitsverhältnis	zuständige Krankenversicherung
	vom	bis			
Hilfesuchender					
Ehegatte					
Arbeitslos			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	Stamm-Nr.
Haben Sie ALG I oder ALG II beantragt?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wird ALG I oder ALG II gewährt			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wenn nein, warum nicht?					
Wann erfolgte die letzte Arbeitslosenmeldung?					
Wo waren Sie zuletzt krankenversichert?					
Derzeit Mitglied welcher Krankenversicherung?					
Mitglieds-Nr.	Monatsbeitrag				€
Krankenversichert als	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner				
Familienversichert bei					

4.2 Sonstiges:

Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?	
Sind Sie Kriegsbeschädigter oder –hinterbliebener?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art und Grad der Behinderung	
Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche
Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Benötigen Sie aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen

4.3 Nicht geklärt Ansprüche

Glaubt der Hilfesuchende oder sein Ehegatte, weitere noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben aus denen er noch keine Leistungen erhält?	
Aus dem Lastenausgleich	
Aus der Sozialversicherung (z.B. Rentenversicherung)	
Als Kriegsbeschädigter	
Aus Unfall	
Aus Krankheit	
Aus anderem Rechtsgrund, nämlich	

4.4 Vertraglich gesicherte Ansprüche

- Ich – meine im Haushalt lebenden Angehörigen – habe(n) keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte
- Ich – meine im Haushalt lebenden Angehörigen – habe(n) folgende vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege) - Vertrag ist beizufügen –

4.5 Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts: (Kinder, Eltern)

	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragssteller				
Wohnort				
Straße, Nr.				
Beruf				
Arbeitgeber				
Art der Rente (bei Rentenbezug)				

4.6 zusätzliche Angaben:

Wann, woher und aus welchem Grund sind Sie hier zugezogen? (nur ausfüllen, wenn der Zuzug innerhalb der letzten 3 Monate vor Antragstellung erfolgt ist)	
Bei Übertritt aus dem Ausland, Tag und Ort des Grenzüberschrittes	
Sind Sie zurzeit stationär untergebracht?	<input type="checkbox"/> ja, seit wann: <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wer ist Kostenträger?	

Alle Angaben sollen durch entsprechende Nachweise belegt werden. Die Originale erhalten Sie nach der Auswertung zurück.

5.1 Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach dem 13. Kapitel des Sozialgesetzbuches XII (SGB XII) wurde hingewiesen.

Auf meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I (SGB I)) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, sowie über Abwesenheit, Klinikaufenthalt, vorübergehender Auslandsaufenthalt, usw. auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

5.2 Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuch XII (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Datum Unterschrift des Antragstellers und ggf. des Ehegatten / Lebenspartner

Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft.

Datum Unterschrift Sachbearbeiter



Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO Leistungserbringung nach dem 3. bis 5. Kapitel sowie dem 8. und 9. Kapitel des SGB XII

Wir möchten Ihnen auf diesem Weg die wesentlichen Informationen zum Datenschutz zu der Verarbeitungstätigkeit Leistungserbringung nach dem 3. bis 5. Kapitel sowie dem 8. und 9. Kapitel des SGB XII mitteilen. Bei Fragen zum Thema Datenschutz bestehen mehrere Kontaktmöglichkeiten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Landrat des Landkreises Diepholz, Herr Cord Bockhop
Niedersachsenstr. 2, 49356 Diepholz, Telefon: 05441 976-1000

Datenschutzbeauftragter

DSB Landkreis Diepholz, Herr Kim Schoen (ITEBO)
Stüvenstraße 26, 49076 Osnabrück, Telefon: 0541 9631-222

Datenschutzaufsichtsbehörde

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz
Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Telefon: 0511 120-4500

Zweck der Verarbeitung

Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII

Rechtsgrundlage der Verarbeitung

SGB XII

Wir verarbeiten Ihre Daten unter Einbindung externer Dritter

Jobcenter im LK Diepholz, Fachdienst 53, Krankenkassen, Städte, Gemeinden und Samtgemeinden im Landkreis Diepholz, Erbringer von medizinischen Leistungen (Apotheken, Kassenärztliche Vereinigung, Therapeuten ...), Fachdienst 32, Fachdienst 50

Art der erhobenen Daten

- Stammdaten (Az, Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort, Staatsangeh., Wohnort, Bankverbindung, Zahlbeträge, Bewilligungszeitraum, Einkommen, SteuerID, Kranken- und Pflegeversicherung,)

Dauer der Datenspeicherung

- Einzelfallakten 10 Jahre nach Abschluss (Stammdaten)

Betroffenenrechte

Sie können über die v.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art. 17,18 und 21 DSGVO) verlangen.

Recht auf Auskunft

Werden personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet, haben Sie das Recht, Auskunft über die zur Person gespeicherten Daten zu erhalten, z.B. Verarbeitungszwecke, Herkunft der Daten, Empfänger der Daten etc. (Art. 15 DSGVO).

Recht auf Berichtigung

Sollten unrichtige oder unvollständige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Recht auf Löschung

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). Dies gilt insbesondere, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie erhoben wurden nicht mehr benötigt werden.

Recht auf Datenübertragbarkeit

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Widerruf der Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landkreis Diepholz durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Recht auf Widerspruch

Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht gegen eine an sich rechtmäßige Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Sobald Sie Widerspruch eingelegt haben, dürfen wir Ihre Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, es liegen zwingende schutzwürdige Gründe vor. Ein zwingender Grund kann sich insbesondere aus Gesetzen ergeben, die die Verarbeitung vorsehen oder voraussetzen. Die bis zum Widerspruch verarbeiteten Daten werden hierdurch nicht rechtswidrig. Ihr Widerspruch ist an den Landkreis Diepholz zu richten. (Art. 21 DSGVO)

Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Weiterhin steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover zu.