

WICHTIGE INFORMATIONEN

für Antragsteller/innen,
die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des
Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII)
beim Kreis Stormarn, Fachdienst Hilfe zur Pflege,
beantragen.

- ❖ Antragsteller, die keinem Pflegegrad zugeordnet wurden oder Leistungen der Pflegekasse entsprechend dem **Pflegegrad 1** erhalten, **haben keinen Anspruch** auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten nach §§ 61 ff. SGB XII (7. Kapitel SGB XII).
- ❖ Antragsteller werden grundsätzlich durch die Pflegefachkraft des Fachdienstes Hilfe zur Pflege eine **pflegefachliche Beratung** erhalten. Die Beratung erfolgt mit Bezug auf den Grundsatz aus § 13 Abs. 1 S. 2 SGB XII, der besagt, dass **ambulante Leistungen Vorrang vor stationären Leistungen** haben. Die zuständige Mitarbeiterin wird mit Ihnen oder den mit der Betreuung beauftragten Personen Kontakt aufnehmen. Bei einem Heimaufenthalt von mehr als sechs Monaten erfolgt keine pflegefachliche Beratung.
- ❖ Sozialhilfe ist nach § 2 SGB XII grundsätzlich nur nachrangig zu gewähren, d.h., nur solange der Antragsteller sich nicht selbst helfen kann oder die Hilfe nicht von anderen erhält.

Antragsteller haben daher gemäß des § 82 SGB XII ihr **gesamtes Einkommen abzüglich des zu gewährenden Barbetrages** nach § 27 b Abs. 1 SGB XII (ab dem 01.01.2023 i. H. v. **135,54 €**) und nach § 90 Abs. 2 SGB XII ihr Vermögen über den maßgebenden **Vermögensschonbetrag in Höhe von 10.000,00 €** einzusetzen.

Für Ehegatten wird ein Betrag in Höhe von **zusätzlich 10.000,00 €** als Vermögensschonbetrag anerkannt.

Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass eine Kostenübernahme für die nicht gedeckten Heimkosten im Sinne des § 19 Abs. 1 SGB XII nur erfolgen kann, **wenn sämtliche nicht geschützte Vermögenswerte erschöpft sind**. Bitte beachten Sie hierbei die oben genannten Freigrenzen!

- ❖ Der Sozialhilfeträger übernimmt bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen die Kosten für ein Doppelzimmer gemäß der jeweils geltenden Vergütungsvereinbarung. Die Kosten für ein Einzelzimmer können nur in Ausnahmefällen übernommen werden.



| | | |
|---|--------------------|------------------|
| Kreis Stormarn Der Landrat Fachdienst Sozialhilfe Postfach 23840 Bad Oldesloe | Sachbearbeiter/in: | ausgegeben am: |
| | Aktenzeichen: | Eingangsstempel: |

Antrag auf Sozialhilfe

Für _____ wird

Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) beantragt,

und zwar (Art der beantragten Hilfe):

Begründung des Antrages, Ursache der Notlage (ggf. weiteres Blatt benutzen):

Hinweis:
 Um über Ihren Sozialhilfeantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 des Sozialgesetzbuches I (SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67 a Sozialgesetzbuch X (SGB X), die Datenverarbeitung nach § 67 b SGB X.
 Falls eine beteiligte Person die getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, kann dies über einen weiteren Antragvordruck geschehen.

Füllen Sie den Vordruck bitte mit „ja“ und „nein“ vollständig aus, Streichungen sind nicht ausreichend ! Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen !

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person auf der letzten Seite zu bestätigen.

I. Persönliche Verhältnisse

| | I. 1 | I. 2 | I. 3 |
|---------------------|---|---|---|
| | Antragsteller/-in | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ (Art der Beziehung z. Antragsteller/-in) |
| 1. Name | | | |
| 2. ggf. Geburtsname | | | |
| 3. Vornamen | | | |
| 4. Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |

| | I. 1 | I. 2 | I. 3 |
|--|---|---|---|
| 5. Geburtsdatum | | | |
| 6. Geburtsort/Kreis | | | |
| 7. Anschrift: Straße, Hausnummer, Ortsteil PLZ, Ort Telefon (freiwillige Angabe) | | | |
| 8. Ausweispapiere (Art & Nr.) | | | |
| 9. Familienstand (led., verh., verw., gesch., getr. leb.) wenn geschieden: Gericht, Datum und Az. des Urteils. Unterhaltsregelung getroffen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Stellung im Haushalt | <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r | <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r | <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r |
| 11. Staatsangehörigkeit | | | |
| 12. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status | | | |
| 13. Schulabschluss Berufsabschluss | | | |
| 14. derzeitige Beschäftigung | | | |
| 15. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift) | | | |
| 16. falls arbeitslos, seit wann ? | | | |
| 17. bei nicht arbeitslos gemel- deten Nichterwerbstätigen Grund: | | | |
| 18. Schwerbehindertenausweis gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen: Antrag gestellt ? | _____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 19. gesetzlicher Betreuer: Name: Anschrift: PLZ, Ort: bestellt vom Amtsgericht: Telefonnummer: E-Mail Adresse: | | | |

II. Weitere Personen im Haushalt:

Außer der antragstellenden Person und den unter I aufgeführten Personen leben noch folgende Familienangehörige (Eltern, Kinder, Geschwister usw.) und weitere Personen im **gemeinsamen** Haushalt:

| | II. 1 | II. 2 | II. 3 | II. 4 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Name | | | | |
| 2. Geburtsname | | | | |
| 3. Vornamen | | | | |
| 4. Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| 5. Geburtsdatum | | | | |
| 6. Geburtsort | | | | |
| 7. Familienstand | | | | |
| 8. Verwandtschaftsverhältnis/ Stellung z. Antragsteller/in | | | | |
| 9. Staatsangehörigkeit | | | | |
| 10. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtl. Status | | | | |
| 11. Schulabschluss Berufsabschluss | | | | |
| 12. derzeitige Beschäftigung | | | | |
| 13. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift) | | | | |
| 14. falls arbeitslos, seit wann? | | | | |
| 15. bei nicht arbeitslos gemeldeten Nichterwerbstätigen: Grund: | | | | |
| 16. Schwerbehindertenausweis gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen: Antrag gestellt ? | _____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 17. gesetzlicher Betreuer: Name Anschrift PLZ, Ort bestellt vom Amtsgericht Telefonnummer: E-Mail Adresse: | | | | |

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes

(Kinder und Eltern):

Erhalten volljährige Personen Sozialhilfe so kann überprüft werden, ob ihre Kinder und/oder Eltern verpflichtet sind, Unterhalt zu zahlen. Eine Unterhaltspflichtung besteht gem. § 94 SGB XII jedoch nur, wenn das Jahresbruttoeinkommen des Kindes/ der Kinder oder des Elternteils/ der Eltern 100.000 € überschreitet. **Gemäß § 94 Abs. 1a SGB XII können vom Hilfesuchenden Angaben verlangt werden, die Rückschlüsse auf die Einkommensverhältnisse des Kindes/ der Kinder oder des Elternteils/ der Eltern zulassen.**

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen vollständig aus. Ein einfaches „Freilassen“ genügt den Ansprüchen an eine ordnungsgemäße Auskunftserteilung und der Erfüllung der Mitwirkungspflicht nach §§ 60 ff. SGB I nicht. **Sollten Ihnen abgefragte Informationen zu den Freitextfeldern fehlen, so füllen Sie diese bitte mit „unbekannt“ aus.** Die Angaben sind **verpflichtend** und **wahrheitsgetreu** zu tätigen.

| Allgemeine Angaben über die unterhaltspflichtigen Angehörigen | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Sind noch lebende Kinder und/oder Elternteile vorhanden? | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | III. 1 | III. 2 | III. 3 | III. 4 |
| Name, Vorname/n, ggf. Geburtsname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Verwandtschafts- verhältnis (zu An- tragsteller/in) | <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil |
| aktuelle Anschrift | | | | |
| (abgeschlossene/s) Ausbildung/ Studi- um | | | | |
| Angaben über die Einkünfte der unterhaltspflichtigen Personen | | | | |
| 1. Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit | | | | |
| Wird eine nicht- selbstständige Tä- tigkeit ausgeführt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Bezeichnung der Tätigkeit | | | | |
| Arbeitgeber | | | | |
| Berufliche Stellung | <input type="checkbox"/> ausführende Position <input type="checkbox"/> leitende Position |
| Bezeichnung (z.B. Sachbearbeitung, Abteilungsleitung, Teamleitung, Ge- schäftsführung) | | | | |
| Arbeitsumfang | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit |

| 2. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Wird eine selbstständige (freiberufliche) Tätigkeit ausgeführt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Bezeichnung der Tätigkeit (Bereich/Berufsgruppe, z.B. Arzt, Künstler, Rechtsanwalt) | | | | |
| 3. Einkünfte aus Gewerbebetrieb | | | | |
| Wird ein Gewerbe betrieben? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Bezeichnung des Gewerbebetriebs (Branche/Berufsgruppe, z.B. Malerbetrieb, Friseursalon) | | | | |
| Name der Firma | | | | |
| Gibt es Angestellte? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung | | | | |
| Werden Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Vermietete/ verpachtete Gegenstände | <input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk) | <input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk) | <input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk) | <input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk) |
| Bezeichnung und Anzahl: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software) | <input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software) | <input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software) | <input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software) |
| Bezeichnung und Anzahl: | | | | |
| 5. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft | | | | |
| Werden Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft erzielt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Art der betriebenen Land-/ Forstwirtschaft | | | | |
| Name des land-/ forstwirtschaftlichen Betriebes | | | | |
| Gibt es Angestellte? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| 6. Einkünfte aus Kapitalvermögen | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Werden Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Um was für Kapitalvermögen handelt es sich? (z.B. Dividenden, Zinsen, Gewinnanteile) | | | | |
| 7. Erreichen der Einkommensgrenze | | | | |
| Geschätztes Jahresbruttoeinkommen der/des Unterhaltspflichtigen | <input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 8. Sonstiges | | | | |
| Sonstige Hinweise zu den Einkommensverhältnissen: | | | | |

Sollten Sie bereits Unterhaltszahlungen erhalten oder einen Unterhaltstitel erwirkt haben, so sind die dazugehörigen Angaben in die untenstehenden Tabellen einzutragen.

| |
|--|
| Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter Nr. III _____ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von mtl. _____ € Gericht: _____ Aktenzeichen _____ vom _____ |
|--|

| |
|--|
| Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter Nr. III _____ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von mtl. _____ € Gericht: _____ Aktenzeichen _____ vom _____ |
|--|

| |
|--|
| Von der Person unter Nr. III _____ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von mtl. _____ € geleistet. |
|--|

| |
|--|
| Von der Person unter Nr. III _____ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von mtl. _____ € geleistet. |
|--|

Falls eine Unterhaltsbeistandschaft besteht:

Name und Anschrift des Jugendamtes: _____

Hinweis:

Benötigen Sie für weitere Unterhaltspflichtige einen zusätzlichen Sozialhilfeantrag, wenden Sie sich bitte an den Fachdienst Hilfe zur Pflege oder laden Sie diesen auf der Internetseite des Kreises Stormarn unter <https://www.kreisstormarn.de/lvw/forms/3/32/Sozialhilfeantrag.pdf> runter.

IV. Einkommensverhältnisse der Antragsteller/-in und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte, z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheide über sonstige Sozialleistungen usw. beifügen):

Sollten Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen zumachen sein, benutzen Sie hierfür bitte ein Extra-Blatt.

Angaben Netto monatlich:

| | zu I. 1 | zu I. 2 | zu I. 3 |
|--|---------|---------|---------|
| Art des Einkommens | | | |
| | € | € | € |
| selbständige Arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| unselbständige Arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Weihnachtsgeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Urlaubsgeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| 13. Monatsgehalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| sonst. Zuwendungen d. Arbeitgeb. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Grundsicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Arbeitslosengeld/Alg II <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Unterhaltsgeld / BAB <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| sonst. Leistungen d. Arbeitsagentur <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kranken-/ Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Altersrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| <u>andere Renten:</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| a) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| b) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| c) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| d) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| betriebl. Altersvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Altershilfe für Landwirte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Pension/Ruhegeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Entschädigungsrente/LAG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Unterhaltshilfe/LAG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Grund-/Elternrente/BVG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kindergeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kindergeldnummer: | | | |
| Unterhalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Leistungen USG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| BAföG-Leistungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Pachteinnahmen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Einnahmen aus Land- /Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Miet-/ Untermieteinnahmen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Einkünfte aus Vermögen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Eigenheimzulage <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Steuererstattung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| sonstige Einkünfte (z. B. aus Alten- teils-/ Überlassungsverträgen, Leib- renten, freies Wohnrecht usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |

Nachweise beifügen!

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Einkünfte aufgrund Pflegebedürftigkeit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Vermögenswirksame Leistungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Landesblindengeld / Blindenhilfe | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Ist Einkommen gepfändet oder abgetreten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |

Angaben zur Bereinigung des Einkommens:

| Art des Aufwendung | | zu I. 1 | zu I. 2 | zu I. 3 |
|--|--|---------|---------|---------|
| | | € | € | € |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Art des Beförderungsmittels | | | | |
| einfache Fahrtstrecke /km | | | | |
| Beiträge zu Berufsverbänden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| <u>Beiträge zu Versicherungen:</u> | | | | |
| Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Rentenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Unfallversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Lebensversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Sterbeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Haftpflichtversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Hausratversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Art: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Art: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| sonstige Aufwendungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Art: _____ | | | | |
| Art: _____ | | | | |

Nachweise beifügen!

Besondere finanzielle Belastungen (mit Begründung der Notwendigkeit):

z. B. Schuldverpflichtungen (bitte Kreditinstitut oder sonstige Gläubiger, Höhe des geschuldeten Betrages, mtl. Abtragsleistung, Verwendungszweck angeben):

V. Wohnverhältnisse

(Bitte Nachweise beifügen, z. B. Mietvertrag:)

1. Die antragstellende Person ist seit _____

Mieter/in
einer/eines

Wohnung

Untermieter/in
 Einfamilienhauses

Eigentümer/in
 Zwei- oder Mehrfamilienhauses

Mieter/Eigentümer ist: _____

Falls mehrere Personen Mieter/Eigentümer sind: _____

2. Beschaffenheit der Wohnung:

Die Unterkunft hat eine Größe von _____ qm.

Anzahl der Zimmer (ohne Küche/Bad/Flur): _____

Baujahr des Wohnhauses/erstmalige Bezugsfertigkeit: _____

Art der Wärmeversorgung, z. B. Öl, Fernwärme, Gas, Strom: _____

Ein Teil der Unterkunft ist untervermietet. Weitere Angaben hierzu: _____

3. Kosten der Unterkunft _____ € (Kaltmiete)

Betriebskosten: _____ €
(Wassergeld, Abwasser- und Müllbeseitigung, Treppenbeleuchtung usw.)

Heizkosten: _____ €
(Warmwasserzubereitung in den Heizkosten enthalten: ja nein)

Bei Wohneigentum die Nebenkosten einzeln aufschlüsseln: _____

Wurde die Miete im Antragsmonat bereits gezahlt?

ja (ggf. Nachweis vorlegen)
 nein

Bestehen Mietrückstände? ja, in Höhe von _____ € nein
Wurde Räumungsklage eingereicht? ja, am _____ nein

Wurde die Wohnung bereits gekündigt?

ja (ggf. Nachweis vorlegen) Kündigungsfrist: von _____ bis _____
 nein

Bei Wohneigentum füllen Sie bitte die beigefügte Rentabilitätsberechnung aus.

4. Wohngeld

wird bezogen in Höhe von mtl. _____ €, zahlende Stelle: _____

5. Eigenheimzulage

beantragt am: _____

bei: _____

Bewilligung über: _____

VI. Vermögenserklärung der Antragsteller/in und der im Haushalt lebenden Personen:

Sollten Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen zu machen sein, benutzen Sie hierfür bitte ein Extra-Blatt.

| Art des Vermögens | zu I. 1 | zu I. 2 | zu I. 3 |
|--|---------|---------|---------|
| | Wert € | Wert € | Wert € |
| Bargeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Bank-/Sparkassen- /Kontokorrent-/Girokonten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| - Konto-Nr. bei: | | | |
| - Konto-Nr. bei: | | | |
| Sparguthaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| - Konto-Nr. bei: | | | |
| - Konto-Nr. bei: | | | |
| sonstiges Sparguthaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sparverträge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: | | | |
| Bausparverträge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: | | | |
| abgetretene Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Aktien/Pfandbriefe/sonst. Wert- papiere <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Lebens- /Sterbegeldversicherungen (Rückkaufswert) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| freiwillige Rentenvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Sachwerte (Schmuck, Kunstge- genstände, Sammlungen usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kfz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Modell: Baujahr: km-Stand: | | | |
| hinterlegte Mietkaution / Genos- senschaftsanteile oder ähnliches <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Haus-/Grundbesitz jeglicher Art: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: Einheitswert: Verkaufswert: | | | |
| Hypotheken/Darlehen, sonst. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Forderungen Art: Schuldner: | | | |
| sonstige Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilsverträgen) Art: Schuldner: | | | |

Nachweise beifügen!

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw. veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben: _____

VII. Sonstige Verhältnisse der antragstellenden Person:

| | |
|---|---|
| 1. Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen? Falls ja: von welcher Behörde? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____ |
| 2. Wurde Arbeitslosengeld/Alg II beantragt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil Kundennummer: _____ |
| 3. Falls Sie arbeitslos sind: seit wann sind Sie arbeitslos? Warum wurde der Arbeitsplatz aufgegeben? | |
| 4. Sind Sie bisher einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Haben Sie Rentenversicherungsbeiträge bei einem Rententräger eingezahlt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. bei welchem? _____ |
| 6. Wurde ein Rentenantrag gestellt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei Rentennummer: _____ |
| 7. derzeit Mitglied welcher Krankenkasse (genaue Anschrift) Krankenversichert als: Familienmitversichert bei: | Monatsbeitrag: _____ € <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner Mitgliedsnummer: _____ |
| 8. derzeit Mitglied welcher Pflegekasse familienmitversichert bei: | Monatsbeitrag: _____ € |
| 9. beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche (von wem – bei welcher Stelle?) | |
| 10. Sozialversicherungsausweisnummer | |
| 11. Aufenthaltsverhältnisse d. antragstellenden Person: | |
| a) bei Heim- oder Anstaltsaufnahme oder Aufnahme in einer Pflegefamilie: Wohnung in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme | |
| b) bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw. oder Wechsel der Pflegefamilie : Wohnung vor der <i>erstmaligen</i> Aufnahme Wer war bisheriger Kostenträger? | |
| c) bei Heim- oder Anstaltsentlassung: In welcher Einrichtung waren Sie zuletzt untergebracht und bis wann? | |
| d) bei Umzug innerhalb der letzten drei Monate: Von wo zugezogen? Datum des Umzuges | |
| 12. bei Übertritt aus dem Ausland: - Tag und Ort des Grenzübertritts: - Auslandsaufenthalt von _____ bis _____ - letzte Wohnung im Ausland: | |
| 13. bei Ausländern: Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis liegt vor: - zuständige Ausländerbehörde: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 14. Erhalten Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundesseuchengesetz ? ggf. welche ? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

| | |
|--|---|
| 15. Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste Angehörige | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 16. Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 17. Liegt ein Impfschaden vor? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 18. Ist die Notlage durch einen Unfall oder durch Dritte verursacht worden? Art des Unfalls: Als Dritter beteiligt: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 19. Glaubt die antragstellende Person oder einer der Haushaltsangehörigen weitere noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält? wenn ja: aus welchem Grund? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 20. Wovon wurde der Lebensunterhalt während der letzten drei Jahre bestritten? | |

Besonderheiten:

Sollte ein Teil der vorgenannten 20 Fragen für den/die Ehegatte/-in/Lebensgefährte/-in/Lebenspartner/in oder andere Haushaltsangehörige relevant sein, füllen Sie bitte die folgenden Zeilen entsprechend aus:

VIII. Erklärung der antragstellenden Person (oder des gesetzlichen Vertreters):

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Wahrheit der Angaben Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> Mitwirkungspflicht Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweiskunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I - SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe. |
| <ul style="list-style-type: none"> Datenschutz Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch X - SGB X in Verbindung mit den Bestimmungen des SGB XII. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu. Sofern von einem anderen Sozialhilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, werden die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfeträger abgefordert. Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfeträgers ärztliche Berichte/Gutachten/Befunde befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, so erkläre ich mich damit einverstanden, dass der bisherige Sozialhilfeträger diese an das Sozialamt der jetzt zuständigen Gemeinde weiterleiten darf. Bei Entscheidungen, die das Kreissozialamt trifft, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kreissozialamt meiner Wohngemeinde eine Durchschrift des Bescheides übersendet. |

• **Überleitung von Ansprüchen**

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung des Schuldners die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gem. § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Die als Anlagen beigefügten Merkblätter

- Hinweise zur Datenverarbeitung
- Merkblatt zur Mitwirkungspflicht

habe ich zur Kenntnis genommen und in Fotokopie erhalten.

Die Anträge sollen künftig von _____ für die Bedarfsgemeinschaft gestellt werden.

Die Sozialhilfebescheide sollen an _____
_____ übersandt werden.

Die zu gewährenden Sozialhilfeleistungen sollen auf das Konto Nr. _____ bei der _____, BLZ _____, Kontoinhaber/in _____ überwiesen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/in

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in/Lebensgefährte

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Aufnehmende/-r

Anlage: Sozialhilfeantrag-Checkliste

Grunddaten des Antragstellers:

- Sozialhilfeantrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben (bitte lassen Sie keine Fragen offen)
- Vollmacht/Bestallungsurkunde, sofern der Antragsteller vertreten wird
- Schweigepflichtsentbindung
- Steueridentifikationsnummer
- Kopie des Personalausweises (beidseitig)
- Kopie des Schwerbehindertenausweises/Feststellungsbescheides (sofern vorhanden)
- Angaben zur Krankenkasse, Versicherungsnummer und Kopie der Krankenkassenkarte (beidseitig)
- Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad (ab dem 01.01.2017) und das Gutachten des MDK
- Mitteilung über den Aufenthaltsort des Antragstellers in den letzten zwei Monaten vor Antragstellung
- Name und Adressen der Kinder, Eltern und des Ehegatten, ggf. Scheidungsunterlagen

Pflegeheim

- Heimvertrag, ggf. Kurzzeitpflegevertrag
- Aufnahmemitteilung des Pflegeheimes, aus dem der Tag der Aufnahme ersichtlich ist (Wenn noch keine Aufnahme erfolgt ist, teilen Sie bitte schriftlich mit, in welchem Pflegeheim und ab wann die Aufnahme geplant ist)

Unterkunftskosten bei Miete

- Kopie des Mietvertrages, Nachweis über die Mietkaution sowie Kündigungsbestätigung
- Kopien der Versorgungsbetriebe von Gas und Wasser (kein Strom, kein Telefon, etc.)

Unterkunftskosten bei Eigentum

- Kopien aller Kosten außer evtl. Tilgungskosten (z. B. Zinsbelastung), Grundsteuerbescheid, Bescheid über Müllgebühren, Bescheid über Straßenreinigung, Wasser und Abwassergebühren, etc.

Einkommen des Antragstellers und ggf. des Ehegatten

- Sämtliche Einkommensnachweise (z. B. Renten-, Pensionsbescheide, Grundsicherungsleistungen, Arbeitslosengeld)
- Gehaltsabrechnungen der letzten 6 Monate, sofern Gehalt gezahlt wird
- Nachweise über ggf. sonstige Einnahmen wie z. B. Mieteinnahmen, Dividenden
- bei Kurzzeitpflege: Mitteilung der Pflegekasse, ob ein Budget aus dem angesparten Entlastungsbetrag vorhanden ist und/oder Mittel aus der Verhinderungspflege übertragen werden können

Einkommensabzüge des Antragstellers und ggf. des Ehegatten

- Kopie der Versicherungspolizen und aktuelle Beitragsrechnungen (z. B. Kfz-Haftpflichtversicherung, Personenhaftpflichtversicherung, Hausratversicherung)
- Angabe von Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (bei PKW Nutzung Kilometerangabe, bei öffentlichen Verkehrsmitteln entsprechende Kopien der Fahrkarten)

Vermögen des Antragstellers und ggf. des Ehegatten

- Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller Konten/Sparkbücher/Sparkonten
- Nachweise über Lebens- bzw. Sterbeversicherungen (Versicherungspolice, sowie Mitteilung über den aktuellen Rückkaufwert)
- Aktuelle Vermögenswerte von Kfz (Zulassungsbescheinigung Teil II, Kilometerstand), Wertpapieren, Aktien, Fonds, etc.
- Bei Eigentum: Grundbuchauszug der Gebäude sowie ggf. Kaufverträge
- Überlassung- und Schenkungsverträge
- Bescheid über Wohngeld

Merkblatt zur Mitwirkungspflicht

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat nach §§ 60 ff des Sozialgesetzbuches I (SGB I) u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und der Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen, wenn die Daten nicht selbst beigebracht werden können. Beweismittel sind auf Verlangen vorzulegen.

Werden die Mitwirkungspflichten nicht erfüllt und sind die Verhältnisse deshalb unklar, kann die Hilfe abgelehnt oder nicht weiter geleistet werden.

Auskunft über die Mitwirkungspflichten gibt der folgende

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I (SGB I)

§ 60 Angaben von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auch auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
 1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsbeneficiäre die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlung und Untersuchungen,
 1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65 a Aufwendungsersatz

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsbeneficiäre in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsbeneficiäre auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Zur Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfeleistung werden vom Sozialhilfeträger persönliche und wirtschaftliche Daten erhoben. Der Umfang der Datenerhebung ergibt sich aus dem Sozialhilfeantrag, er kann aber auch darüber hinaus gehen, wenn die Hilfe dies erfordert.

Jede Person kann ihre eigenen Daten selbst dem Sozialhilfeträger mitteilen. Soll dies durch andere Personen geschehen, ist eine Vollmacht erforderlich. Bei minderjährigen Kindern ist der gesetzliche Vertreter auskunftsberechtigt. Kinder ab Vollendung des 15. Lebensjahres haben nach § 36 des Sozialgesetzbuches I (SGB I) auch ein eigenes Antragsrecht.

Jeder hat Anspruch darauf, dass seine Sozialdaten nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Der Sozialdatenschutz ist in § 35 SGB I und im Einzelnen im Sozialgesetzbuch X (SGB X) sowie den Datenschutzgesetzen geregelt.

Nach § 26 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) sind Betroffene bereits bei der Erhebung ihrer Daten in geeigneter Weise aufzuklären über

- die datenverarbeitende Stelle,
- den Zweck und die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung,
- die Folgen der Nichtbeantwortung, wenn die Angaben für die Gewährung der Leistung erforderlich sind,
- die Rechte nach diesem Gesetz,
- den Empfängerkreis bei beabsichtigten Übermittlungen und
- die Auftragnehmer bei beabsichtigter Datenverarbeitung im Auftrag.

Aus diesem Grund erhalten Sie die folgenden Informationen durch dieses Merkblatt:

Die von Ihnen bereitgestellten Daten werden vom Kreis Stormarn, Der Landrat, Fachdienst Sozialhilfe, ausschließlich für die Bewilligung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (bzw. dem Sozialgesetzbuch IX) verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 60 SGB I. Ihre Daten werden auf folgende Weise gespeichert:

- in einer Sozialhilfeakte,
- in einer besonderen Unterhaltsakte,
- in einem EDV-Verfahren, in dem die eigentliche Berechnung der Hilfe erfolgt.

Sie können sich an das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Postfach 7121, 24171 Kiel, wenden. Nach den §§ 27 bis 30 LDSG stehen Ihnen weitere Rechte zu. Nach § 27 LDSG ist Ihnen auf Antrag Auskunft zu erteilen u.a. über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und über den Zweck und die Rechtsgrundlage der Speicherung. Personenbezogene Daten sind nach § 28 LDSG zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind, und zu löschen, wenn ihre Speicherung unzulässig oder ihre Kenntnis für die datenverarbeitende Stelle zur Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich ist. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen nach § 29 LDSG das Recht zu, Einwand gegen die Verarbeitung Ihrer Daten im Allgemeinen oder gegen bestimmte Formen der Verarbeitung zu erheben. Nach § 30 LDSG ist die datenverarbeitende Stelle zu Schadenersatz verpflichtet, wenn einem Betroffenen durch eine unrichtige oder unzulässige Verarbeitung seiner Daten ein Schaden entsteht.

Zur Zahlbarmachung der Leistung werden Namen, Anschrift und Bankverbindung der Kreiskasse mitgeteilt.

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, Ansprüche, die Sie gegenüber anderen Leistungsträgern haben, im Rahmen der Kostenerstattung geltend zu machen. Ansprüche gegenüber unterhaltspflichtigen Angehörigen gehen kraft Gesetzes auf den Kreis Stormarn als Träger der Sozialhilfe über. Andere Ansprüche können auf den Sozialhilfeträger übergeleitet werden.

Eine Beteiligung Dritter in Ihrer Sozialhilfeangelegenheit ist bei entsprechenden Ansprüchen wie folgt vorgesehen:

| | |
|---|--|
| Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein oder andere Rentenversicherungsträger | Erstattungsanspruch auf Leistungen der Rentenversicherung |
| Krankenkasse | Erstattungsanspruch auf Leistungen der Krankenversicherung, Darlehen für Zuzahlungen |
| Pflegekasse | Erstattungsanspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung |
| Arbeitsagentur | Erstattungsanspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Konkursausfallgeld, Berufsausbildungsbeihilfe) |
| Arbeitsagentur | Abzweigung/Erstattungsanspruch Kindergeld |
| Arbeitsgemeinschaft | Erstattungsanspruch auf Leistungen nach dem SGB II |
| Wohngeldstelle | Erstattungsanspruch Wohngeld |
| Amt für Ausbildungsförderung / Studentenwerk | Erstattungsanspruch auf Leistungen nach dem BAföG |
| Unterhaltsvorschusskasse | Erstattungsanspruch Unterhaltsvorschuss |
| Beihilfestelle | Überleitung beamtenrechtlicher Beihilfeansprüche |
| Unterhaltspflichtige | Geltendmachung des Unterhaltsanspruchs |

Nach § 118 SGB XII können die dort genannten Daten der Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs mit den Daten anderer Sozialhilfeträger oder anderer Sozialleistungsträger, wie Arbeitsagentur, Unfall- oder Rentenversicherungsträgern, oder dem Bundesamt für Finanzen, aber auch anderen kommunalen Dienststellen, wie z.B. Einwohnermeldeamt und Straßenverkehrsamt, abgeglichen werden.

Andere Stellen werden bei Bedarf beteiligt. Dies können z.B. der Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt), der Fachdienst Jugend, Schule und Kultur (Schulamt / Allgemeiner Sozialdienst) oder die Geschäftsstelle des Gutachterausschusses für Grundstückswerte sein.

Nach §§ 121 ff SGB XII ist zur Beurteilung der Auswirkungen dieses Buches und zu seiner Fortentwicklung eine Bundesstatistik zu führen. Die Erhebungsmerkmale ergeben sich aus § 122 SGB XII.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich _____ in meiner Funktion als Betreuer/in von

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.(freiwillig): _____

die folgenden Institutionen/Personen/Leistungserbringer von der Schweigepflicht:

- die/den folgende/n behandelnde/n Ärztin/Arzt: *(bitte ins grau hinterlegte Feld eintragen)*

(Name, Anschrift)

- die folgende Kranken-/Pflegeversicherung: *(bitte ins grau hinterlegte Feld eintragen)*

- folgende Pflegedienste/Pflegeeinrichtungen: *(bitte ins grau hinterlegte Feld eintragen)*

- den zuständigen amtsärztlichen Dienst

- folgende sonstige „Hilfeebringer“: *(bitte ins grau hinterlegte Feld eintragen)*

(Name, Anschrift)

Ich bin einverstanden, dass erforderliche Auskünfte über persönliche und pflegerelevante Daten, z. B.

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle
- Bescheide der Pflegekasse (z. B. MDK)
- Pflegegutachten/Pflegedokumentation

dem Kreis Stormarn, Fachbereich 3 „Soziales und Gesundheit“ zur Aufgabenerledigung im Rahmen des Antrages auf Leistungen zur Hilfe zur Pflege / Weiterführung des Haushaltes nach dem SGB XII für die Dauer des Leistungsbezuges übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass die Antragsbearbeitung ohne die erforderlichen Daten nicht erfolgen kann.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab und mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

VOLLMACHT

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | |

Ich bevollmächtige folgende Person, mich in allen Sozialhilfeangelegenheiten gegenüber dem Kreis Stormarn zu vertreten:

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | |

Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.

| |
|---------------------|
| Datum, Unterschrift |
|---------------------|

VOLLMACHT

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | |

Ich bevollmächtige folgende Person, mich in allen Sozialhilfeangelegenheiten gegenüber dem Kreis Stormarn zu vertreten:

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | |

Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.

| |
|---------------------|
| Datum, Unterschrift |
|---------------------|

Rentabilitätsberechnung

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|
| für das Haus- und Grundvermögen in: | | | |
| Grundbuch von | | Blatt | |
| Name, Vorname des Eigentümers | | | |
| Anschrift | | | |
| Baujahr | Grundstücksgröße ha/m ² | Wohnfläche (selbstgenutzt) m ² | Mietwert € |
| Einheitswert € | | Verkehrswert € | Versicherungswert € |

Ausgaben (jährlich)

| 1. Grundsteuer | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|----------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|
| 2. Versicherungsbeiträge für Gebäudebrandversicherung Haushaftpflichtversicherung Wasser- und Sturmschadenversicherung | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Gebühren für Müllabfuhr Straßenreinigung Entwässerung/Kanalisation Schornsteinreinigung | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Wassergeld | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Kosten der Grubenleerung | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Betriebskosten einer Entwässerungspumpe | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Wohngeld bei Eigentumswohnungen (Betriebskosten eines Personen- oder Lastenaufzuges, Kosten der gemeinschaftlichen Treppen- und Außenbeleuchtung, Hausmeisterkosten) | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Schuldzinsen (soweit sie dem Gebäude oder der Eigentumswohnung im unmittelbaren Zusammenhang stehen): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Gläubiger</th> <th style="width: 20%;">Kapital</th> <th style="width: 20%;">Zinssatz</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> </tr> </tbody> </table> | Gläubiger | Kapital | Zinssatz | | | | | € | | | | € | | | | € | | | | € | |
| Gläubiger | Kapital | Zinssatz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dazu Tilgungsbeträge | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Erbpachtzinsen | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Zinsen nach § 211 Abs. 1 Nr. 2 LAG für die Hypotheken- und Kreditgewinnabgabe. | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Erhaltungsaufwand: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Heizkosten | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jahresausgaben: | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Sind weitere Wohnungen oder vermietbare Räume vorhanden, sind die Kosten der Unterkunft entsprechend aufzuteilen. | |
| Selbstgenutzter Teil | € |
| Vermieteter Teil | € |

| Einnahmen (monatlich) | | |
|---|------------------------------|---|
| Vermieteter Wohnraum: | | |
| 1. Mieter | Wohnfläche in m ² | € |
| 2. Mieter | Wohnfläche in m ² | € |
| 3. Mieter | Wohnfläche in m ² | € |
| 4. | | € |
| 5. | | € |
| 6. | | € |
| Monatseinnahmen insgesamt | | € |
| Jahreseinnahmen | | € |
| abzüglich Jahresausgaben für den vermieteten Teil | | € |
| Überschuss/Zuschuss gesamt | | € |
| Überschuss/Zuschuss monatlich | | € |

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch X (SGB X) in Verbindung mit den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch XII (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit vorstehender Angaben.
Veränderungen werde ich sofort anzeigen.

Ort, Datum

Unterschriften der Eigentümer

Informationen zum Anspruch auf §45b SGB XI –Entlastungsbetrag

Der Gesetzgeber hat zur Verbesserung der Versorgungssituation und zur Stabilisierung der häuslichen Pflege neue Entlastungsmöglichkeiten geschaffen. Es kann aus einer vielfältigen Auswahl von anerkannten Betreuungsangeboten ausgewählt werden und der Betrag kann auf verschiedenste Art passgenau eingesetzt werden.

- Jeder, der einen Pflegegrad hat, bekommt diese Zusatzleistung monatlich **oben drauf!**
- Berechtig sind aber nur Personen, die **nicht dauerhaft** im Heim leben.
- **Pauschalbetrag:** 125€ monatlich (jeder Pflegebedürftige)
- Die Leistungserstattung erfolgt **zweckbezogen**, d.h. der Betroffene bekommt es nicht zur freien Verfügung überwiesen wie z.B. das Pflegegeld, sondern muss erst einen Zweck dafür nachweisen. Ebenfalls muss es der Leistungserbringer qualifiziert und **anerkannt** sein bei den Pflegekassen.
- Klassischerweise wird dieses **Budget** eingesetzt für Einzelbetreuung, Gruppenbetreuung, Haushaltshilfe, Gartenhilfe, Nachbarschaftshilfe, Kreativangebote, Begleitung nach draußen u.v.m.
- Nicht genutzte Leistungen gehen bis zu einer bestimmten Dauer nicht verloren, sondern werden auf dem „Versichertenkonto“ bei der Pflegekasse **summiert**, seit Anfang eines Kalenderjahres. Sie können an einem Stück abgerufen werden.
- Nicht genutzte Beträge aus dem **letzten Jahr** können immer bis zum 30.6. des neuen Jahres weiter genutzt werden.
- Egal ob ein einzelner Betrag oder gesammelte Beträge: Betroffene können diese auch nutzen zur **Abdeckung von Eigenanteilen** der Tagespflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege. Hier sind ausdrücklich auch Kosten für Unterkunft/Verpflegung mit gemeint. Es genügt, wenn die jeweilige Rechnung, die von der Einrichtung ausgestellt wurde, an die Pflegekasse geschickt wird mit der Bitte, die angesparten Beträge des Entlastungsbetrages nach §45b SGB XI dafür einzusetzen.
- Außerdem können Pflegesachleistungen nach § 36 (ambulante Pflege), die nicht voll ausgeschöpft wurden, **umgewandelt** werden für Betreuungs- und Entlastungsangebote. Bis zu 40% monatlich sind möglich. Das heißt, die Leistungen werden umgewidmet.

Nehmen Sie Ihr Recht wahr! Nutzen Sie diesen Anspruch!

Wenden Sie sich zum Abrufen der Leistungen direkt an Ihre Pflegekasse.



Erklärung zur Nutzung des Entlastungsbetrages

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, mit einem anerkannten Pflegegrad von 1 bis 5, haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.500 Euro im Jahr).

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen, für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Der Entlastungsbetrag muss beantragt werden und wird nicht pauschal bzw. automatisch an den Pflegebedürftigen ausbezahlt.

Die Abrechnung erfolgt nach der tatsächlich erbrachten Leistung.

Soweit der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis Ende September des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Weitere Informationen erhalten Sie auch vom Pflegestützpunkt im Kreis Stormarn, Mommsenstraße 13, 23843 Bad Oldesloe. Auch finden Sie weitergehende Informationen im Internet, beispielhaft auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/entlastungsbetrag.html>

Ich nutze den Entlastungsbetrag zurzeit nicht.

Ich habe den Entlastungsbetrag bei der Kranken- und Pflegeversicherung angefragt:

Entlastungsbetrag aus Vorjahr: _____

Entlastungsbetrag aus diesem Jahr: _____

Gesamthöhe des Entlastungsbetrages: _____

**Einverständniserklärung über die vorläufige Leistungsgewährung im Rahmen des
§ 19 Abs. 5 des Sozialgesetzbuches – Zwölftes Buch – (SGB XII)**

Hiermit erkläre ich

Name : _____

Vorname : _____

Adresse : _____

Tel. : _____

in meiner Funktion als betreuende/ bevollmächtigte Person von

Name : _____

Vorname : _____

Geb. : _____

Adresse : _____

mich damit einverstanden, dass eine vorläufige Leistungsgewährung im Rahmen der erweiterten Hilfe nach Vorschriften des § 19 Abs. 5 SGB XII durch den Kreis Stormarn, Fachdienst Hilfe zur Pflege, stattfinden darf.

Mir ist bewusst, dass dem Kreis Stormarn, Fachdienst Hilfe zur Pflege, sollte sich im Rahmen der weiteren Prüfung ergeben, dass der Leistungsanspruch nicht oder nicht in gezahlter Höhe besteht/bestand, die geleisteten Zahlungen von mir bzw. von der Pflegeeinrichtung gem. § 19 Abs. 5 SGB XII zu erstatten sind. Fehlende Mitwirkung nach §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches – Erstes Buch – (SGB I) durch die abschließende Prüfung erschwert oder vereitelt werden würde, führt ebenfalls zu einer Einstellung der Leistung und einem entstehenden Erstattungsanspruch.

Sollte es zu einem Aufwendungsersatz kommen, wird dieser per gesondertem Rückforderungsbescheid geltend gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift