

| | | |
|---|---|---------------|
| Kreis Minden-Lübbecke - Sozialamt - Portastr. 13 32423 Minden | <h2 style="margin: 0;">Antrag auf Sozialhilfeleistungen</h2> <p style="margin: 0;">nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII)</p> <p style="margin: 0;">- Sozialhilfe -</p> | Datum: |
|---|---|---------------|

1. Beantragte Hilfeart *(zutreffende Hilfeart ankreuzen; im Bedarfsfall sind mehrere Nennungen möglich)*

| | | | |
|---|---|--|---|
| Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen <input type="checkbox"/> Therapienebenkosten | | | |
| Hilfe zur Pflege <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <u>in einer Pflegeeinrichtung:</u> <input type="checkbox"/> Dauerhafte Unterbringung in einem Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege </td> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <u>im häuslichen Bereich</u> <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <u>andere Leistungen:</u> </td> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> <u>in anderen Wohnformen</u> <input type="checkbox"/> Betreuungspauschale, <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern, <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe, <input type="checkbox"/> Hausnotruf </td> </tr> </table> | <u>in einer Pflegeeinrichtung:</u> <input type="checkbox"/> Dauerhafte Unterbringung in einem Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege | <u>im häuslichen Bereich</u> <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <u>andere Leistungen:</u> | <input type="checkbox"/> <u>in anderen Wohnformen</u> <input type="checkbox"/> Betreuungspauschale, <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern, <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe, <input type="checkbox"/> Hausnotruf |
| <u>in einer Pflegeeinrichtung:</u> <input type="checkbox"/> Dauerhafte Unterbringung in einem Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege | <u>im häuslichen Bereich</u> <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <u>andere Leistungen:</u> | <input type="checkbox"/> <u>in anderen Wohnformen</u> <input type="checkbox"/> Betreuungspauschale, <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern, <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe, <input type="checkbox"/> Hausnotruf | |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei Krankheit | | | |
| Eingliederungshilfe für behinderte Menschen <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Hilfe zu angemessener Schulbildung <input type="checkbox"/> Freizeitbetreuung für allein stehende Behinderte <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <i>(bitte Art angeben):</i> _____ </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Familienentlastende Dienste (FeD) <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung für schulpflichtige behinderte Kinder <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Hilfe zu angemessener Schulbildung <input type="checkbox"/> Freizeitbetreuung für allein stehende Behinderte <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <i>(bitte Art angeben):</i> _____ | <input type="checkbox"/> Familienentlastende Dienste (FeD) <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung für schulpflichtige behinderte Kinder <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung | |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zu angemessener Schulbildung <input type="checkbox"/> Freizeitbetreuung für allein stehende Behinderte <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <i>(bitte Art angeben):</i> _____ | <input type="checkbox"/> Familienentlastende Dienste (FeD) <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung für schulpflichtige behinderte Kinder <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder im Arbeitsbereich <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung | | |
| Hilfe in anderen Lebenslagen <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushalts <input type="checkbox"/> Blindenhilfe </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Altenhilfe <input type="checkbox"/> Hilfe in sonstigen Lebenslagen </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushalts <input type="checkbox"/> Blindenhilfe | <input type="checkbox"/> Altenhilfe <input type="checkbox"/> Hilfe in sonstigen Lebenslagen | |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushalts <input type="checkbox"/> Blindenhilfe | <input type="checkbox"/> Altenhilfe <input type="checkbox"/> Hilfe in sonstigen Lebenslagen | | |

2. Nachfragende Person (NP) *(Antragsteller/in):*

| | | |
|---|--|----------------------|
| Name, Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | Familienstand: | Staatsangehörigkeit: |
| Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr. <i>(bei Unterbringung in einer Einrichtung die vorher gültige Adresse angeben):</i> | | |
| Beruf od. Schüler/in welcher Schule: arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein | Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis: | |

3. Angehörige (soweit vorhanden)

- Ihr Ehegatte (auch geschiedene/r) bzw. Lebenspartner

| | | |
|--|--|----------------------|
| Name, Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | Familienstand: | Staatsangehörigkeit: |
| Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.: | | |
| Beruf od. Schüler/in welcher Schule: arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein | Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis: | |
| Ggf. Name, Geburtsdatum und heutige Adresse des/der von Ihnen geschiedenen früheren Ehegatten: | | |

- Ihr Vater (Angabe nur erforderlich, wenn nicht bereits verstorben)

| | | |
|--|--|----------------------|
| Name, Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | Familienstand: | Staatsangehörigkeit: |
| Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.: | | |
| Beruf: arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein | Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis: | |

- Ihre Mutter (Angabe nur erforderlich, wenn nicht bereits verstorben)

| | | |
|--|--|----------------------|
| Name, Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | Familienstand: | Staatsangehörigkeit: |
| Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.: | | |
| Beruf: arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein | Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis: | |

- Ihre Kinder (auch Kinder aus früheren Ehen und Adoptivkinder)

| | | |
|----------------|---------------|-----------------------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Straße, PLZ, Wohnort: |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Straße, PLZ, Wohnort: |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Straße, PLZ, Wohnort: |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Straße, PLZ, Wohnort: |

Weitere Personen, die dauerhaft in Ihrer Wohnung leben

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Pers. Stellung zu Ihnen | Beruf od. Schüler/in welcher Schule |
|---------------|--------------|-------------------------|-------------------------------------|
| | | | |

4. Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Haben Sie einen Betreuer oder haben Sie jemanden zur Wahrnehmung Ihrer Interessen bevollmächtigt: ja (unten eintragen); nein

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Name, Vorname: | | Nebenstehend genannte Person ist: <input type="checkbox"/> Ihr/e amtliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Ihr/e Bevollmächtigte/r (zutreffendes bitte ankreuzen) |
| Adresse: | | |
| Telefon-Nr.: | | |

Aufgabenkreis des Betreuers / der Betreuerin:

5. Aufenthalt (gewöhnlicher Aufenthaltsort unmittelbar vor dem Eintreten Ihres Sozialhilfebedarfs bzw. dem Einzug in eine Einrichtung)

| von - bis | Aufenthalt in / bei (Adresse und ggf. Name angeben) |
|-----------|---|
| | |
| | |
| | |

6. Einkünfte (Anzugeben sind **alle** Einkünfte der genannten Personen; die der Eltern nur dann, wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind)

| zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen, wo erforderlich | zutreffendes ankreuzen | Nachfr. Person € / Monat | Ehegatte / Lebenspartner € / Monat | Vater € / Monat | Mutter € / Monat |
|--|---|-----------------------------|--|--------------------|---------------------|
| <u>Arbeitseinkommen</u> | | | | | |
| Selbstständige Tätigkeit | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nettoerwerbseinkommen | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <u>Renten aus der Sozialversicherung:</u> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Altersrente | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente; <input type="checkbox"/> Waisenrente | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Unfallrente/n | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <u>Sonstige Renten</u> (bitte eintragen): | | | | | |
| _____ -rente | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ -rente | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| BVG: <input type="checkbox"/> Grundrente; <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Pension / Ruhegehalt | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| auch: Kindererziehungsleistung | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <u>Sonstige Einkünfte</u> | | | | | |
| Arbeitslosengeld I <u>oder</u> II (Hartz IV) | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Blindengeld - nach dem GHBG | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Landeshilfe für hochgradig Sehbehinderte | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld / <input type="checkbox"/> Übergangsgeld | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Miete / <input type="checkbox"/> Pacht | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| LAG: Unterhaltshilfe / Entschädigungsrente | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Unterhalt: <input type="checkbox"/> USG; <input type="checkbox"/> UVG; <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Wohngeld - nach dem Wohngeldgesetz | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Beziehen Sie bereits Sozialhilfeleistungen: <input type="checkbox"/> ja (welcher Art: _____); <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Wer zahlt diese Leistung: <input type="checkbox"/> Sozialamt der Stadt/Gemeinde: _____; <input type="checkbox"/> Landschaftsverband | | | | | |

7. Versicherungen

(Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind)

| | |
|--|--|
| Versicherungsnehmer: | Welche Versicherungen wurden abgeschlossen (Aufzählung) |
| Nachfragende Person: | |
| Ehegatte/Lebenspartner; Eltern: | |

8. Vermögensverhältnisse

(Anzugeben ist jeweils das **gesamte** Guthaben; das der Eltern nur dann, wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind)

| zutreffendes eintragen bzw. ankreuzen, wo erforderlich | zutreffendes ankreuzen | Nachfr. Person € | Ehegatte / Lebenspartner € | Vater € | Mutter € |
|--|--|---------------------|----------------------------------|----------------|----------------|
| Bargeld mit Taschengeld | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Girokonten - bei der Bank/Sparkasse: 1. _____ Kto.-Nr.: _____ ; 2. _____ Kto.-Nr.: _____ | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ _____ | _____ _____ | _____ _____ | _____ _____ |
| Sparguthaben - bei der Bank/Sparkasse: 1. _____ Kto.-Nr.: _____ ; 2. _____ Kto.-Nr.: _____ | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ _____ | _____ _____ | _____ _____ | _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Sparverträge / <input type="checkbox"/> Festgeldkonten | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Wertpapiere (Art: _____) | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Bausparverträge | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Geschäftsanteile (an Firma: _____) | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Rückkaufswert Lebensversicherungen | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Sonstige Guthaben welcher Art: | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | _____ | _____ | _____ | _____ |

Sind Sie/Ihr Ehegatte/Ihre Eltern Halter von Kraftfahrzeugen: ja (bei mehreren Kfz. ggf. gesonderte Aufstellung beifügen); nein
wenn ja: PKW; Zweirad; LKW; Bus; Amtl. Kennzeichen: _____ ;
 Hersteller des/der Kfz. mit Angabe d. Modellbezeichnung/en: _____ ;
 Restwert lt. Gutachten einer Kfz-Schätzungsstelle oder Bescheinigung einer Markenvertretung: _____ €

9. Immobilien

(Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind)

Sind Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Eigentümer von Immobilien: ja (bitte eintragen; ggf. gesonderte Aufstellung beifügen); nein

| Anzahl | Art der Immobilie/n | Lage der Immobilie/n (Adresse, Gemarkung, Flur, Flurstück) | Eigentümer (Name/n und Adresse/n angeben) |
|--------|--|---|--|
| | Einfamilienhaus | | |
| | Zwei- / Mehrfamilienhaus | | |
| | Eigentumswohnung/en | | |
| | Mietwohngrundstück/e | | |
| | Betrieb / Hof | | |
| | unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke; auch Ödland | | |

10. Schenkungen / Private Darlehen (Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind)

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt: ja (unten eintragen); nein

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern jemandem Geldbeträge geliehen (privates Darlehen): ja (unten eintragen); nein

| Begünstigte/r (Name, Adresse) (ggf. gesonderte Aufstellung beifügen) | Art der Zuwendung (was wurde übergeben) | Form der Zuwendung (bitte ankreuzen) | Wert d. Zuwendung (Betrag) |
|---|--|---|-------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Geschenk / <input type="checkbox"/> Darlehen | € |
| | | <input type="checkbox"/> Geschenk / <input type="checkbox"/> Darlehen | € |
| | | <input type="checkbox"/> Geschenk / <input type="checkbox"/> Darlehen | € |

Bei Übertragung von Grundeigentum: Wurde anlässlich dieser Übertragung ein Wertgutachten erstellt: ja; nein

Wenn Geldbeträge verliehen wurden: Wie hoch ist aktuell der noch nicht wieder zurückgezahlte Betrag: €

11. Verbindlichkeiten (Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind)

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Kreditverträge abgeschlossen: ja (unten eintragen, ggf. gesonderte Aufstellung); nein

| Gläubiger (Sparkasse, Bank, Firma) | Datum des Kreditvertrages | aktuelle Höhe der Restschuld | monatliche Belastung |
|------------------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------|
| | | € | € |
| | | € | € |
| | | € | € |

12. Kranken- und Pflegeversicherung (zutreffendes jeweils ankreuzen bzw. eintragen)

| | Nachfragende Person | | Ehegatte der NP | |
|---|---|--|---|--|
| | Krankenversicherung | Pflegeversicherung | Krankenversicherung | Pflegeversicherung |
| Sind Sie und Ihr Ehegatte kranken- und pflegeversichert | <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn versichert: Name und Adresse der Kranken- und Pflegekasse | | | | |
| Wie sind Sie versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich; <input type="checkbox"/> privat; <input type="checkbox"/> freiwillig | <input type="checkbox"/> gesetzlich; <input type="checkbox"/> privat; <input type="checkbox"/> freiwillig | <input type="checkbox"/> gesetzlich; <input type="checkbox"/> privat; <input type="checkbox"/> freiwillig | <input type="checkbox"/> gesetzlich; <input type="checkbox"/> privat; <input type="checkbox"/> freiwillig |
| Nur <u>gesetzlich</u> Versicherte: - Art der Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied; <input type="checkbox"/> Familienangehörige/r | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied; <input type="checkbox"/> Familienangehörige/r | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied; <input type="checkbox"/> Familienangehörige/r | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied; <input type="checkbox"/> Familienangehörige/r |
| Nur <u>freiwillig od. privat</u> Versicherte: - Höhe des Versicherungsbeitrags | €/Monat | €/Monat | €/Monat | €/Monat |
| Wenn nicht krankenversichert | Sind Sie bei einer Kasse als Betreuungsfall angemeldet (§ 264 SGB V): <input type="checkbox"/> ja, bei der _____; (bitte Krankenkasse angeben) <input type="checkbox"/> nein | | Sind Sie bei einer Kasse als Betreuungsfall angemeldet (§ 264 SGB V): <input type="checkbox"/> ja, bei der _____; (bitte Krankenkasse angeben) <input type="checkbox"/> nein | |

Haben Sie minderjährige unverheiratete Kinder, die freiwillig, privat oder nicht kranken- und pflegeversichert sind: ja; nein

wenn ja: Wie hoch sind insgesamt die monatlichen Versicherungsbeiträge für die freiwillig od. privat versicherten Kinder: _____ €

Sind die nicht krankenversicherten Kinder als Betreuungsfall bei einer Krankenkasse angemeldet: ja, bei der _____; nein

13. Andere Ansprüche (zutreffendes jeweils ankreuzen und eintragen)

| | |
|-----------------------|--|
| - Unterhaltszahlungen | Haben Sie bzw. hat Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder ein Elternteil aufgrund eines Unterhaltstitels Unterhaltsbeiträge zu zahlen: <input type="checkbox"/> ja, ich selbst ; <input type="checkbox"/> ja, mein Ehegatte/Lebenspartner/ein Elternteil ; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: In welcher Höhe insgesamt: _____ €/Monat |
| - Beihilfeanspruch | Haben Sie einen Beihilfeanspruch auf beamtenrechtlicher Grundlage: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Welche Anstalt hat die Beihilfe zu gewähren (Name und Adresse angeben): _____ _____ |
| - Vertragliche Rechte | Haben Sie vertragliche Rechte (z. B. aus einem Übertrags- oder Altenteilsvertrag): <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Welche Rechte: <input type="checkbox"/> Wohnrecht; <input type="checkbox"/> Hege und Pflege; <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben): _____ |

14. Weitere Angaben (zutreffendes jeweils ankreuzen und eintragen)

| | |
|--------------------------------------|--|
| - Bedarfsdeckung aus eigenen Mitteln | Haben Sie die Kosten für die hiermit beantragte Hilfe bisher <u>vollständig</u> selbst gezahlt: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Bis einschließlich welchem Monat/Jahr waren Sie Selbstzahler/in: _____ |
| - Dauerhafte Unterbringung | Leben Sie auf Dauer in einer Einrichtung (z.B. Pflegeheim, betreutes Wohnen, WfbM, etc.): <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Haben Sie beim Einzug eine Vorauszahlung geleistet: <input type="checkbox"/> ja, von _____ €; <input type="checkbox"/> nein |
| - Pflegebedürftigkeit | Hat der MDK für Sie bereits ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Welche Pflegestufe wurde Ihnen zuerkannt: <input type="checkbox"/> keine (sog. Pflegestufe 0); <input type="checkbox"/> Pflegestufe I; <input type="checkbox"/> Pflegestufe II; <input type="checkbox"/> Pflegestufe III; <input type="checkbox"/> Pflegestufe III Härtefall Haben Sie jetzt die Neueinstufung in eine andere als die og. Pflegestufe beantragt: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein |
| - Bestattungsvorsorgemaßnahmen | Welche Bestattungsvorsorgemaßnahmen haben Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner getroffen (Angabe von Versicherungen mit Todesfallleistung bzw. Einzahlungen in Bestattungsvorsorgeverträge): <input type="checkbox"/> Nachfragende Person: _____ <input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben <u>keine</u> Bestattungsvorsorgemaßnahmen getroffen |

15. Schwerbehindertenausweis (zutreffendes ankreuzen und eintragen; Angaben für die Eltern, wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind)

| Wer hat einen Ausweis: | bitte ankreuzen | wenn ein Schwerbehindertenausweis vorliegt: | | |
|--------------------------|---|---|-----------------------|--------------|
| | | Ausweis ist gültig bis: | Grad der Behinderung: | Merkzeichen: |
| Nachfragende Person | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | | | |
| Ehegatte / Lebenspartner | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | | | |
| Vater | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | | | |
| Mutter | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja: | | | |

16. Angaben zur Wohnung (zutreffendes jeweils ankreuzen und ausfüllen)

| |
|---|
| 1. Sie leben in <input type="checkbox"/> einem eigenen Haus; <input type="checkbox"/> einer Eigentumswohnung (Rentabilitätsberechnung beifügen!) |
| 2. Sie wohnen mietfrei <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Besteht die Mietfreiheit aufgrund eines vertraglich vereinbarten Wohnrechts: <input type="checkbox"/> ja (unten ausfüllen); <input type="checkbox"/> nein |
| Bilden Ihre dem Wohnrecht unterliegenden Räume eine vollwertige Wohnung (mit sep. Eingang, Küche, Bad): <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein Größe Ihrer Räume: _____ qm; Zahl Ihrer Räume: _____ ; Ist eine eigene Küche vorhanden: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein; Ist ein eigenes Bad vorhanden: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein Sind Sie lt. Vertrag verpflichtet, die Kosten für Heizung, Strom, Wasser für Ihre Räume selbst zu zahlen: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein Wann sind Ihre Räume zuletzt renoviert oder modernisiert worden: _____ Bei dauerhaftem Einzug in eine Einrichtung: Ihre Räume werden nach Ihrem Auszug (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> von Mitgliedern Ihrer Familie weiter genutzt; <input type="checkbox"/> an Dritte vermietet; <input type="checkbox"/> folgendermaßen genutzt (bitte angeben): |

| |
|--|
| 3. Sie sind Mieter/in <input type="checkbox"/> einer Wohnung; <input type="checkbox"/> eines Hauses (zutreffendes ankreuzen und unten ausfüllen) |
| Name und Adresse des Vermieters: _____ Größe Ihrer Wohnung: _____ qm; Zahl der Räume: _____ Zimmer/Küche/Bad; Zahl der <u>Mitbewohner</u> : _____ Kosten der Unterkunft: Kaltmiete: _____ € + Nebenkosten: _____ € + Heizung: _____ € = _____ €/Monat In welcher Höhe beteiligen sich Ihre Mitbewohner an den Kosten der Unterkunft: _____ €/Monat Bestehen derzeit Mietrückstände: <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: _____ €; <input type="checkbox"/> nein Haben Sie bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt: <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: _____ €; <input type="checkbox"/> nein Geben Sie Ihre Wohnung endgültig auf (z. B. weil Sie <u>auf Dauer</u> in eine Einrichtung einziehen): <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Beim Auszug entstehen Kosten für: <input type="checkbox"/> Haushaltsauflösung; <input type="checkbox"/> Umzug; <input type="checkbox"/> es entstehen keine Kosten |

17. Pflegeperson oder Einrichtung, die Sie betreut bzw. versorgt

| | |
|--|---|
| Name, Adresse, Telefon-Nr. der jeweiligen Person oder Einrichtung (z.B. Pflegeheim, Werkstatt für behinderte Menschen, ambulanter Pflegedienst, etc.) | |
| Bei Unterbringung in einer Einrichtung: | Tag der Aufnahme: _____ |
| | Sie bewohnen ein: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer; <input type="checkbox"/> Doppel- oder Mehrbettzimmer |

18. Angabe Ihrer Bankverbindung

| Bank/Sparkasse: | Bankleitzahl: | Konto-Nr.: | Name des Kontoinhabers: |
|-----------------|---------------|------------|-------------------------|
| | | | |

Antrag auf Sozialhilfeleistungen für

_____ , geb. am _____

19. Entbindung von der Schweigepflicht

Soweit der Sozialhilfeträger während der Dauer Ihres Sozialhilfebezuges Auskünfte und/oder Unterlagen bei Dritten einzuholen hat, die zur Entscheidung über diesen Antrag und später für die Weiterbewilligung der laufenden Sozialhilfeleistung erforderlich sind (z. B. Rententräger, Stellen für beamtenrechtliche Bezüge und Versorgungsleistungen, Ärzte, Kranken- und Pflegekasse, Versicherungen, Behörden, Arbeitgeber, Notare, Rechtsanwälte), entbinde ich mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag die maßgeblichen Stellen ab sofort und für die Dauer meines Sozialhilfebezugs von ihrer Schweigepflicht und stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte sowie der Herausgabe von Unterlagen ausdrücklich zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I; § 117 SGB XII).

20. Wichtige Hinweise

Als Antragsteller für den Bezug von Sozialleistungen sind Sie gesetzlich verpflichtet, dem zuständigen Sozialhilfeträger **alle** Tatsachen und Umstände anzugeben, aus denen sich die Voraussetzungen für Ihren Hilfebedarf ergeben (§§ 60 ff. SGB I, § 117 SGB XII). Das bedeutet, dass Sie dem Sozialhilfeträger **vor** der Entscheidung über diesen Antrag aktuelle Nachweise vorzulegen bzw. Angaben zu machen haben, aus denen sich Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse und die Ihres Ehegatten oder Lebenspartners bzw. wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind, Ihrer Eltern ergeben, etwaige Änderungen, die zu einem späteren Zeitpunkt eintreten, sind mir unverzüglich bekannt zu geben. Sie wurden darauf hingewiesen, dass der Sozialhilfeträger diesen Sozialhilfeantrag ablehnen kann, so lange Sie die erforderlichen Nachweise nicht oder nicht vollständig vorlegen (§ 66 SGB I).

Ein Sozialhilfeanspruch tritt frühestens ab dem Zeitpunkt ein, zu dem Sie oder eine dritte Person dem Sozialhilfeträger Ihre Hilfebedürftigkeit bekannt gegeben haben (§ 18 Abs. 1 SGB XII). Kosten, die bereits vor dem Bekanntgabezeitpunkt entstanden sind, werden aus Sozialhilfemitteln nicht übernommen. So lange und so weit Sie ab sofort noch Kosten selbst bezahlen, deren Übernahme aus Sozialhilfemitteln Sie mit diesem Antrag begehren, besteht trotz Bekanntgabe Ihres Hilfebedarfs kein Anspruch auf Erstattung dieser Zahlungen aus Sozialhilfemitteln (Selbsthilfe, § 2 Abs. 1 SGB XII). Der Einsatz privater Mittel geht im Rahmen der Selbsthilfe der Sozialhilfe vor und wird vollumfänglich auf Ihren Hilfebedarf angerechnet. Das gilt auch für den Fall, dass Ihnen die zur Deckung Ihres Hilfebedarfs erforderlichen Mittel von dritten Personen zur Verfügung gestellt werden.

Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder - wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind - Ihre Eltern sind verpflichtet, das Einkommen und Vermögen ab Beginn Ihres Hilfebedarfs in zumutbarem Rahmen zur Deckung der anfallenden Kosten einzusetzen (§ 19 SGB XII); ausgenommen vom Einkommenseinsatz sind nur solche Einkünfte, die ausdrücklich anrechnungsfrei sind sowie Vermögen von bis zu 2.600,- € für Sie als Alleinstehende/n bzw. von bis zu 3.214,- € für Sie und Ihren Ehegatten/Lebenspartner. Bis zur Entscheidung über diesen Antrag dürfen Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern aus Ihrem/ihrem Einkommen nur unabweisbar notwendige Ausgaben nach Rücksprache mit dem Sozialhilfeträger tätigen; vor allem darf kein Einkommen und Vermögen an Dritte übertragen oder verschenkt werden.

Sofern Sie in einem Pflegeheim untergebracht sind oder dort einzuziehen beabsichtigen, haben Sie nur dann Anspruch auf Übernahme der Heimkosten aus Sozialhilfemitteln, wenn Sie in höherem Maße der Hilfe bedürfen (Pflegebedarf, § 61 Abs. 1 SGB XII). Sind Sie nicht pflegebedürftig (Pflegestufe 0), besteht ein Sozialhilfeanspruch nur dann, wenn eine amtlich bestellte Pflegefachkraft oder der amtsärztliche Dienst des zuständigen Gesundheitsamtes ausdrücklich bescheinigt, dass Ihre Unterbringung in einem Pflegeheim trotzdem erforderlich ist (Feststellung der Heimbetreuungsbedürftigkeit).

21. Hinweis nach § 9 Abs. 2 Bundesdatenschutzgesetz

Die in diesem Antrag erfragten Daten werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I sowie der Bestimmungen des SGB XII erhoben. Die Auszahlung bewilligter laufender Leistungen erfolgt im automatisierten Verfahren. Dazu werden Angaben zur Person, zum Aufenthalt, zu den Familienverhältnissen, den Einkünften, zum Pflegebedarf und der daraus resultierenden Leistung der Pflegekasse sowie bei Heimaufhalten die jeweils gültigen Heimkosten gespeichert. Der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht ausdrücklich zu.

22. Erklärung der Nachfragenden Person

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich **alle** Fragen in diesem Antrag **vollständig** und **wahrheitsgemäß** beantwortet, und dass ich die oben angegebenen Hinweise zur Kenntnis genommen habe und diese bis zum Erhalt des Sozialhilfebescheides befolgen werde. Mir ist bekannt, dass ich Sozialhilfeleistungen, die mir aufgrund falscher oder fehlender Angaben zu Unrecht bewilligt wurden, zu erstatten habe, und dass dieses Fehlverhalten eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen kann (Betrug - § 263 Strafgesetzbuch).

Die Richtigkeit sämtlicher Angaben in diesem Antrag weise ich durch Vorlage von Unterlagen nach.

Minden, den _____

Unterschrift Nachfragende Person,
od. Vater; Betreuer; Bevollmächtigte/r

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/
Mutter der Nachfragenden Person

Sachbearbeiter/in Sozialamt
und ggf. Behördenstempel