

# LANDKREIS CLOPPENBURG

## DER LANDRAT



50 - Sozialamt  
Eschstraße 29 · 49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:  
**Az:**

**Eingang:**

## Antrag auf Sozialhilfeleistungen

nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)  
- Sozialhilfe -

### 1. Beantragte Hilfeart

<input type="checkbox"/> <b>Blindenhilfe</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Gesundheit</b>
<input type="checkbox"/> <b>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (in Einrichtungen)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zum Lebensunterhalt (in Einrichtungen)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Pflege</b> <b>In einer Pflegeeinrichtung:</b> <input type="checkbox"/> Dauerhafte Unterbringung im Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten</b>

### 2. Nachfragende Person (Antragsteller/-in)

Name, Vorname:		Steueridentifikationsnummer:
Adresse:		Telefonnummer:
Geburtsdatum und Geburtsort:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Beruf (bei Schülern: welche Schule) Arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ausländerrechtlicher Status/Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

**Bitte Nachweis beifügen!**

### 3. Bei Heimunterbringung oder -entlassung

<input type="checkbox"/> <b>Aufnahme Heim:</b> Wo war Ihre Wohnung in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme?	
<input type="checkbox"/> <b>bei Übertritt von Heim in ein anderes Heim:</b> Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim?	
Wer war bisher Kostenträger?	
Bezeichnung und Ort des Heimes:	
<input type="checkbox"/> <b>Entlassung Heim:</b> Wo und wie lange war der Aufenthalt im letzten Heim?	
Aufenthaltort seit Entlassung:	

**4. Angehörige**- **Ehegatte** (auch geschiedene/-r/getrenntlebende/-r)- **bzw. Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft**

Name, Vorname:		Nebenstehende genannte Person ist: <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in <input type="checkbox"/> Partner/-in eheähnlicher Gemeinschaft	
Adresse:		Telefonnummer:	
Geburtsdatum/-ort:		Familienstand:	
Staatsangehörigkeit:	Ausländerrechtlicher Status/Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:		
Beruf:  Arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Ggf. Name, Geburtsdatum und heutige Anschrift des/der von Ihnen geschiedenen/getrenntlebenden früheren Ehegatten:			

**- Vater**

Name, Vorname:		Familienstand:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Geburtsdatum/ggf. Sterbedatum:	Geburtsort:	Beruf:	Staatsangehörigkeit:

**- Mutter**

Name, Vorname:		Familienstand:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Geburtsdatum/ggf. Sterbedatum:	Geburtsort:	Beruf:	Staatsangehörigkeit:

**- Kinder** (auch Kinder aus früheren Ehen und Adoptivkinder, ggf. gesonderte Auflistung beifügen)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:	Vor Heimaufnahme des Antragstellers mit diesem in einer Haushaltsgemeinschaft lebend?
			<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

**- sonstige Personen**, die bis zur Heimaufnahme des/der Antragstellers/-in mit diesem in einer Haushaltsgemeinschaft gelebt haben

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	aktuelle Adresse:	Verwandtschaftsverhältnis:

**Hinweis: Entsprechende Nachweise in den folgenden Punkten sind beizufügen!**

**5. Einkünfte** (Alle Einkünfte der genannten Personen; die der Eltern nur dann, wenn Antragssteller/-in minderjährig und unverheiratet)

<i>Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen, wo erforderlich</i>	Antragssteller/-in EUR/Monat	Ehegatte/Lebens- partner/-in EUR/Monat	Vater EUR/Monat	Mutter EUR/Monat
---	---------------------------------	--	--------------------	---------------------

**Arbeitseinkommen**

<input type="checkbox"/> Selbständige Tätigkeit				
<input type="checkbox"/> Bruttoerwerbseinkommen				

**Renten aus Sozialversicherung**

<input type="checkbox"/> Altersrente				
<input type="checkbox"/> Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente				
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente (z. B. Witwen- oder Waisenrente)				
<input type="checkbox"/> Unfallrente				
<input type="checkbox"/> auch: Kindererziehungsleistungen				

**Sonstige Renten (z. B. Betriebsrente) -bitte eintragen -**

-rente				
-rente				
BVG: <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente				
<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente/Unterhaltsbeihilfe				
<input type="checkbox"/> Beamtenrechtliche Pension o. ä.				

**Sonstige Einkünfte**

<input type="checkbox"/> Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt				
<u>Arbeitslosengeld:</u> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II (Hartz IV)				
<input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Blindenhilfe				
<input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld				
<input type="checkbox"/> Miet-/ <input type="checkbox"/> Pachteinnahmen				
<input type="checkbox"/> Kindergeld/Kinderzuschlag				
<input type="checkbox"/> Elterngeld				
<input type="checkbox"/> Kapitalerträge/Zinsen				
<input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen (z. B. Unterhaltsvorschuss- gesetz, Angehörige)				
<input type="checkbox"/> Wohngeld				
<input type="checkbox"/> BaföG <input type="checkbox"/> BAB				
<input type="checkbox"/> Sonstiges:				
<input type="checkbox"/> Beziehen Sie sonstige Sozialleistungen? Wenn ja, welche Art?				

**6. Betreuer/-in, Bevollmächtigte/-r oder Vormund**

<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bitte ausfüllen:
<b>Name, Vorname</b>			<b>Nebenstehende genannte Person ist:</b>  <input type="checkbox"/> amtliche/-r Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/-r <input type="checkbox"/> Vormund
<b>Adresse</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>E-Mail</b>			

→ **Kopie Betreuerausweis/Vollmacht beifügen!**

**7. Kosten der Unterkunft (§ 29 SGB XII)**

Sind Sie Eigentümer einer Eigentumswohnung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<b>Wenn ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!</b>
Sind Sie Eigentümer eines Einfamilienhauses?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sind Sie Eigentümer eines Zwei- oder Mehrfamilienhauses?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

**- bei Mietverhältnis:**

**Vermieter/-in**

Name, Vorname:	Telefonnummer:
Adresse:	

**Mieter/-in** (falls abweichend vom/n Antragsteller/-in)

Name, Vorname:	Telefonnummer:
Adresse:	
Besteht eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft (§ 20 SGB XII) mit den im Haushalt lebenden Personen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit:	

**- Angaben zum Mietobjekt**

Kaltmiete:	EUR	Anzahl der Räume:	Größe der Wohnung:	m <sup>2</sup>
Nebenkosten:	EUR	Heizung:	EUR	Zentralheizung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges:				Stromheizung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Öl-/Kohle-/Holzofen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



**10. Weitere Angaben**

<b>- <u>Bedarfsdeckung aus eigenen Mitteln</u></b>	Wurden die Kosten der hiermit beantragten Hilfe bisher vollständig selbst gezahlt?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis einschließlich
<b>- <u>Pflegebedürftigkeit</u></b>	Wurde durch den MDK für Sie ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Pflegegrad wurde zuerkannt:  <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5  <b>→ Aktuellen Bescheid über den Pflegegrad beifügen!</b>  Wurde wegen Veränderung Ihres Gesundheitszustandes die Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Besteht ein Anspruch auf einen Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, i. H. v.                      EUR

**11. Schwerbehindertenausweis**

	Liegt ein Ausweis vor?	Wenn ja: Gültig bis:	Grad der Behinderung	Merkzeichen
Antragsteller/-in:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ehegatte/Lebenspartner/-in:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

**12. Mehrbedarf**

Sind Sie/Ihr Ehegatte/Lebenspartner/-in voll <b>erwerbsgemindert</b> im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich selbst; <input type="checkbox"/> ja, mein Ehegatte/Lebenspartner/-in <b>Bitte entsprechende Nachweise beifügen!</b>
Sind Sie bzw. einer der unter 4. eingetragenen Personen <b>schwanger</b> ?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich selbst; <input type="checkbox"/> ja, <b>Bitte Kopie Mutterpass beifügen!</b>
Benötigen Sie bzw. einer der unter 4. eingetragenen Personen eine <b>kostenaufwändige Ernährung</b> ?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich selbst; <input type="checkbox"/> ja, <b>Bitte entsprechende Nachweise beifügen!</b>

**13. Leistungserbringer** (der beantragten Hilfe, z.B. Pflegeheim, Wohnheim)

Name der Person/Anbieter/Einrichtung:	Aufnahmedatum:
Adresse:	Kontaktperson, Telefonnummer:

**14. Bankverbindung** (Antragsteller/-in)

Kontoinhaber/-in:	Kreditinstitut:
IBAN:	BIC:

## 15. Hinweise und Schlusserklärungen

### 1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

### 2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsopferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und § 7 Abs. 4 AsylbLG). Deshalb werde ich **unverzüglich** und **unaufgefordert** alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

### 3. Hinweise/Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII, des AsylbLG und des BVG. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

### 4. Bankgeheimnis

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, sich bei allen Geldinstituten, Bausparkassen, Versicherungen und dem Bundeszentralamt für Steuern nach meinen jetzigen und früheren Guthaben, den Kontobewegungen und über die verfügungsberechtigten Personen zu erkundigen, wozu ich diese Stellen hiermit vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entbinde.

### 5. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

### 6. Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und die Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in/gesetzliche/-r Vertreter/-in	Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft
------------	---	---