

Kreis Stormarn Der Landrat Fachdienst Sonstige soziale Leist. Postfach 23840 Bad Oldesloe	Sachbearbeiter/in:	ausgegeben am:
	Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

Antrag auf Blindenhilfe

Für _____ wird

Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) beantragt,

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 Antragsteller/-in	I. 2	I. 3
		<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. Steuer-Identifikationsnummer			
10. 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
11. 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
12. Staatsangehörigkeit			
13. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status			
14. Schulabschluss Berufsabschluss			
15. derzeitige Beschäftigung			
16. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift)			
17. falls arbeitslos, seit wann ?			
18. bei nicht arbeitslos gemeldeten Nichterwerbstätigen Grund:	_____	_____	_____
19. 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
20. gesetzlicher Betreuer: Name: Anschrift: PLZ, Ort: bestellt vom Amtsgericht:			

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	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<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				

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes

(getrennt lebende/r oder geschiedene/r Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder, Eltern):

	III. 1	III. 2	III. 3	III. 4
Name				
Geburtsname				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis (zu An- tragsteller/in)				
Anschrift				
Beruf				

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: _____

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:

Art des Einkommens		zu I. 1	zu I. 2	zu I. 3
		€	€	€
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 Altenteils-/ Überlassungsverträgen, Leibrenten, 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

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. Wertpapiere <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 / Genossenschaftsanteile 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 Rentenanspruch 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 Beweisurkunden 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 Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/in

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in/Lebensgefährte

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Aufnehmende/-r