

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem

Behörde / Eingangsstempel

SGB XII BVG oder vergleichbar

in Form von Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)

Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII

sonstige Leistungen

Aktenzeichen

1. Häusliche Verhältnisse

	Nachfragende Person	Ehegatte / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner ¹		
Familienname				
Geburtsname und früher geführter Name				
Vorname/n				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsdatum, -ort	am: _____ in: _____	am: _____ in: _____		
Anschrift/ PLZ Wohnort / Land				
Familienstand	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r		
Renten- oder Sozialversicherungs-Nr.	Steuer-ID: _____	Steuer-ID: _____		
Staatsangehörigkeit				
Aufenthaltsstatus (Ausländer)				
Vormund / Betreuer (Falls ja, bitte Bestallungsurkunde immer vorlegen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)				
Ausgeübter Beruf				
Arbeitgeber mit Anschrift				
Erwerbsunfähigkeit	festgestellt durch:	festgestellt durch:		
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Besitz seit <input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Besitz seit <input type="checkbox"/> beantragt am
Kriegsbeschädigter od. Kriegshinterbliebener	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ v. H.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ v. H.		

Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte, Lebenspartner etc.)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Geburtsname und früher geführter Name					
Vorname/n					
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	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum, -ort					
Familienstand					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus (Ausländer)					
Verhältnis zur nachfragenden Person					
Art der Beschäftigung					
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Ausweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Ausweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Ausweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Ausweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Ausweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein

¹ Lebensgefährten sind Partner in einer eheähnliche Gemeinschaft. Lebenspartner sind Personen i.S.d. § 1 Abs. 1 Satz 1 LPartG, die gleichgeschlechtlich in einer Lebenspartnerschaft leben.

2. Mehrbedarfe

1. Besitzt eine der unter 1. eingetragenen Personen einen Schwerbehindertenausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ oder wurde dieser beantragt? Wenn ja, bitte Ausweis oder Antragsbestätigung beifügen!

nein ja und zwar

Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im „Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung“?

Wenn ja, bitte den Rentenbescheid, ein ärztliches Gutachten oder Beschluss des Werkstattausschuss für behinderte Menschen beifügen!

nein ja und zwar

2. Ist eine der unter 1. eingetragenen Personen schwanger? Wenn Ja, bitte den Mutterpass / ärztliches Attest mit voraussichtlichem Entbindungstermin beifügen!

nein ja und zwar

3. Benötigt eine der unter 1. eingetragenen Personen eine kostenaufwendige Ernährung?

Wenn ja, bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose und der Begründung beifügen!

nein ja und zwar

3. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

Nachfragende Person		Ehegatte / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner	
Name der Krankenkasse bzw. -versicherung		Name der Krankenkasse bzw. -versicherung	
Anschrift der Krankenkasse bzw. -versicherung		Anschrift der Krankenkasse bzw. -versicherung	
Versicherungs- bzw. Mitgliedsnummer		Versicherungs- bzw. Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Beihilfenspruch <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:		Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Beihilfenspruch <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:	
Name, Vorname	Geburtsdatum	Name, Vorname	Geburtsdatum

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen (laut Angaben in Nr. 1) besteht bei

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Nachfragende Person	<input type="checkbox"/> Nachfragende Person	<input type="checkbox"/> Nachfragende Person	<input type="checkbox"/> Nachfragende Person	<input type="checkbox"/> Nachfragende Person
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung
Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich als Haushaltsvorstand folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner / zu unserer Krankenkasse:

Name der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
-----------------------	----------------------------

4. Kosten der Unterkunft (§ 35 SGB XII)

Ich bin / wir sind

Mieter / mietähnlich Nutzungsberechtigte von Wohnraum (**Mietbescheinigung / Mietvertrag bitte beifügen!**)

Inhaber eines freien Wohnrechts, Nießbrauchsrechts (Bitte Nachweise/Urkunde beilegen!)

Die Miete (Kaltmiete zuzüglich Vorauszahlung für die Betriebskosten) beträgt EUR

Bewohner von Haus-/Wohneigentum (Ertragsberechnung mit Nachweisen beifügen)

Wohngeld wurde bereits bewilligt nein ja (Bescheid bitte beifügen), und zwar

von Monat / Jahr bis Monat / Jahr monatliches Wohngeld in EUR

5. Kosten der Heizung (§ 35 Abs. 4 SGB XII)

Kosten der Heizung betragen EUR

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer **Einzelofenheizung** (Heizmaterial muss selbst besorgt werden). Zum Betrieb der Heizung wird folgendes Heizmaterial / Brennstoff benötigt:

Heizöl benötigt

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer **Sammelheizung** (Heizmaterial wird geliefert). Der Betrieb der Heizung erfolgt mit

Heizöl Erdgas Strom Nachtspeicherheizung sonstige:

In den Heizkosten sind enthalten: Kosten für die Warmwasseraufbereitung Kosten für die Kochfeuerung

6. Einkommen (§ 82 ff SGB XII)

Es sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Höhe der Einnahmen und Bezüge ist durch geeignete Belege nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßige Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge etc. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.

Art des Einkommen	Nachfragende Person	Ehepartner / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Arbeitseinkommen ³							
Miet- und Pachteinahmen							
Unterhalt nach dem BGB							
Unterhaltsvorschuss (UVG)							
Kindergeld ⁴							
BAföG-Leistungen							
Arbeitslosengeld / Übergangsgeld							
Arbeitslosengeld II							
Unterhaltsgeld							
Insolvenzgeld							
Berufsausbildungsbeihilfe / Ausbildungsgeld							
Krankengeld							
Mutterschaftsgeld / Elterngeld							
Altersrente / Erwerbsminderungsrente / Witwenrente							
Leibrente, Leibgeding							
Waisenrente							
Betriebsrente							
Pensionen							
Unfallrente / Verletztengeld							
ausländische Renten							
sonstige Rente / rentenähnliche Leistungen							
Blindengeld							
Versorgungsleistung nach dem BVG							
Leistungen nach dem LAG							
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden ...)							
sonstige Einkommen							

Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu

Es fließen Sachbezüge zu bzw. es werden Aufwendungen von Dritten in folgender Form gewährt:

freie Verpflegung

freie Unterkunft / Wohnung

sonstige Sachbezüge bzw. gewährte Aufwendungen, nämlich

Art des Sachbezuges bzw. der gewährten Aufwendungen, begünstigte Person, monatlicher Wert (ggf. Schätzwert) des Sachbezuges bzw. der Aufwendungen

³ Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit, aus selbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.

⁴ Bei volljährigen Kindern bitte die Erklärung über die Weiterleitung des Kindergeldes ausfüllen und unterschreiben (siehe Anlage 1).

7. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§ 82 Abs. 2 SGB XII); bitte monatliche Beträge in € eintragen

Art des Absetzungsbetrags	Nachfragende Person	Ehepartner / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Arbeitsmittel							
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte mit	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges
Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte (in km)							
Beitrag zu Berufsverband							
Hausratversicherung							
Haftpflichtversicherung							
Altersversorgungsbeiträge							
Freiwillige Beiträge in die Rentenversicherung							
sonstige Versicherungen							
Sonstiges							

8. Vermögen (§ 90 SGB XII) – bitte entsprechende Nachweise beilegen -

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte (z.B. Forderung und Nutzungsrechte) mit einer gewissen Wertigkeit. **Tragen Sie im Zweifelsfall das gesamte vermeintliche Vermögen ein**, damit die leistende Behörde entscheiden kann, ob es sich wirklich um Vermögen handelt.

Hinweis:
 Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, im Rahmen eines Kontoabrufersuchens nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung bestimmte Kontodaten beim Bundesamt für Finanzen zu erfragen.

Art des Vermögens	Nachfragende Person	Ehepartner / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Bargeld							
Guthaben auf Giro- / Sparkonto							
Konto - Nr.							
Kreditinstitut							
Aktien/Wertpapier oder ähnliches.							
Kurswert							
Nennwert							
Lebensversicherung oder ähnl.							
Rückkaufswert							
Kfz							
Typ							
Baujahr							
Haus- und Grundvermögen							
Gemarkung / Flurnummer							
Verkehrswert							
Einheitswert							
Bauspar- u. sonstige Sparverträge							
Forderungen gegen Dritte							
sonstiges Vermögen							

Hat eine der unter 1. aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben? Bitte entsprechende Verträge/Nachweise beilegen!

nein ja und zwar wie folgt:

Name, Vorname des Schenkers

Name, Vorname des Beschenkten

Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich, gegebenenfalls auf separatem Blatt, beschreiben)

9. Wiederherstellung des Nachrang der Sozialhilfe

a) Unterhaltsansprüche nach dem bürgerlichem Recht (§ 94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner usw. (gilt nicht bei bestimmten Leistungen nach dem 6. – 9. Kapitel des SGB XII)

	1	2	3	4
Familienname				
Vorname/n				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				
verwandt mit Person lt. Nr. 1				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Höhe der lfd. monatlichen Unterhaltszahlung				
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht?	<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 <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, Welches Gericht?				
Kind(er) / Ehegatte(n) bereits verstorben?				
Bitte nachweisen	<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 <input type="checkbox"/> ja

b) Angaben für Versorgungsleistungen nach dem BVG

Folgende Personen sind durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst bzw. kriegsbeschädigt.

(Bitte die Frage auch beantworten, bei **Opfern von Gewalttaten** oder für Personen mit **anerkanntem Wehrdienstunfall**)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person	ggf. Sterbedatum und Sterbeort

c) Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§ 93 SGB XII)

Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der folgend aufgeführten Leistungen gestellt?

Art der Leistung		Antragsdatum	Wo wurde der Antrag gestellt?	Unter welchem Aktenzeichen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Rente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Krankengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
sonstige Leistungen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
sonstige Leistungen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

d) Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII; § 115 und 116 SGB X)

Haben Sie bereits einen Antrag beim Bezirk Unterfranken als überörtlicher Sozialhilfeträger auf Leistungen der Eingliederungshilfe (wie z.B.

Behindertenfahrdienst oder Hilfe zu einer angemessenen Tätigkeit, für betreutes Wohnen) oder Leistungen der Hilfe zur Pflege (wie z.B. häusliche Pflegehilfe, Pflegehilfsmittel, mtl. Entlastungsbetrag) gestellt oder beziehen aktuell derartige Leistungen?

Nein

Ja, für folgende Leistung:

Haben Sie weitere Anträge auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer anderen Behörde gestellt oder Ansprüche gegen sonstige Personen oder Institutionen geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung; Ausgleich für eine Behinderung auf Grund eines Fremdverschuldens)?

nein Ja, wie folgt:

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?

10. Bankverbindung

Ggf. zu gewährende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN:	BIC:	Kreditinstitut:
Kontoinhaber:		

11. Aufenthaltsverhältnisse

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgt am:	von (letzte Adresse oder Ort des Grenzübertritts in die Bundesrepublik Deutschland):
Hat sich eine der unter 1. genannten Personen vor dem Eintritt der vermeintlichen Hilfsbedürftigkeit in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim, betreutes Wohnen o.ä.) aufgehalten?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	Name, Vorname

12. Ergänzende Angaben

Gehört eine der unter 1. genannten Personen zu einem der nachfolgenden aufgeführten Personenkreise?
Wenn ja, bitte Nachweise beifügen (z.B. Bescheinigung nach dem BVFG, Studien- oder Schulbescheinigung, Visa, Aufenthaltserlaubnis etc.)

nein ja, und zwar

Personenkreis	Name und Vorname der Person	Personenkreis	Name und Vorname der Person
Leistungsberechtigte/r nach dem SGB II		Kontingentflüchtling	
Auszubildende/r		Anerkannter Flüchtling (Genfer Konvention)	
Student/in		Asylberechtigte/r oder Geduldete/r	
Aussiedler/in		Asylbewerber/in	

13. Antragsbegründung (Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen – ggf. verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt)

14. Hinweise und Schlusserklärung

- Versicherung der Richtigkeit der Angaben**
Ich/Wir versichere(n), dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre(n) ich/wir, dass alle Angaben über die häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht wurden und alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt wurden. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir/Wir sind uns darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.
- Mitwirkungspflichten**
Ich/Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass ich/wir verpflichtet bin/sind, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind (Nr. 1 – 13), unverzüglich dem Amt für Soziales, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsopferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 2 SGB I, § 20 SGB X und § 7 Abs. 4 AsylbLG). Deshalb werde ich/wir unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen und persönlichen Verhältnissen (z.B. Zu- oder Wegzug von Personen; längere Auslandsaufenthalte oder Abwesenheiten vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt, Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen, Heirat, Tod eines Haushaltsangehörigen etc.) anzeigen.
- Ermächtigung**
Den Träger der Sozialleistung ermächtige ich/wir hiermit – soweit für die Hilfestellung erforderlich – Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich/wir Leistungen erhalten habe(n) oder erhalten(n). Daneben ermächtige(n) ich/wir den Sozialhilfeträger im Rahmen des § 95 SGB XII bei anderen Sozialleistungsträgern die Feststellung oder Änderungen einer dem SGB XII vorrangigen Leistung im eigenen Namen zu betreiben.
- Hinweis zum Datenschutz und Kontenabrufverfahren**
Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt je nach beantragter Leistung auf Grund der Bestimmungen des SGB XII, des AsylbLG und des BVFG. 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.
Ich/wir entbinde(n) meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialleistung, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Leistung erforderlich ist. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung. Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.
Bei Leistungen nach dem SGB XII und dem AsylbLG ist der Sozialhilfeträger berechtigt, im Rahmen eines Kontoabrufersuchens nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung, bestimmte Kontendaten beim Bundesamt für Finanzen zu erfragen, wenn nicht hinreichend die Vermögensverhältnisse aufgeklärt werden können.
- Geltendmachung von Ansprüchen**
Sofern ich/wir einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte(n), werde ich/wir die zuständige Behörde unverzüglich informieren.
Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.
- Unterschriften**
Ich/wir bestätige(n) mit meiner/unsere(r) Unterschrift, das dem Leistungsantrag beigefügte Hinweisblatt zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten zu haben und versichere(n) die Richtigkeit und die Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person / gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter	Unterschrift Ehegatte / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner

7. **Änderungsvermerk:**
Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person / gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter	Unterschrift Ehegatte / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner

Stellungnahme der Gemeinde

Vorstehende Angaben bzw. Unterlagen sind <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> nicht vollständig (bitte kurze Erläuterung dazu abgeben)	Urschriftlich mit Beilagen an LANDRATSAMT SCHWEINFURT - Amt für Soziales - Schrammstraße 1 97421 Schweinfurt
Ort, Datum, Unterschrift	

Hinweise zur Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Informationspflichten bei einer Erhebung von Daten bei der betroffenen Person - Art. 13 DSGVO –

1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit	Antrag auf Sozialleistungen
2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen	Verantwortlich für die Datenerhebung ist das Landratsamt Schweinfurt, Postfach 1450, 97404 Schweinfurt; Email: info@lrasw.de ; Telefon: 09721-55-0
3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten	Datenschutzbeauftragter beim Landratsamt Schweinfurt, Postfach 1404, 97404 Schweinfurt; Email: datenschutzbeauftragter@lrasw.de ; Telefon: 09721-55-618
4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung	<i>Ihre Daten werden nach den §§ 60 ff SGB I erhoben, um den Anspruch auf folgende Sozialleistung zu prüfen:</i> <ul style="list-style-type: none">• Grundsicherung im Alter und bei dauerhaften vollen Erwerbsminderung (§ 44 SGB XII)• weitere Sozialleistungen nach dem § 8 SGB XII• Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 9, 11 AsylbLG)
	<i>Rechtsgrundlagen der Verarbeitung: Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c DSGVO in Verbindung mit §§ 67a und 67b SGB X verarbeitet.</i>
5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten	<i>Ihre personenbezogenen Daten können weitergegeben werden an:</i> <ul style="list-style-type: none">- Staatliches Gesundheitsamt und Schulamt, Amt für Jugend und Familie, Amt für Kommunales und Ordnungsaufgaben, Wohngeldstelle- Jobcenter, Bezirk Unterfranken, Regierung von Unterfranken, Sozial- oder Verwaltungsgerichte bzw. Amtsgericht- Bundeszentralamt für Steuern nach § 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1b AO, <i>um die gesetzmäßige Leistungsgewährung sicher zu stellen.</i>
6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland	Es ist nicht geplant, Ihre personenbezogenen Daten an Drittländer (Länder außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums) zu übermitteln.
7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten	<i>Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Amt für Soziales am Landratsamt Schweinfurt so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß (§ 84 Abs. 2 SGB X) für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist.</i>
8. Betroffenenrechte	Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu: <ul style="list-style-type: none">• Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).• Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).• Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). • Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. • Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.
9. Widerrufsrecht bei Einwilligung	Wenn Sie in die Verarbeitung durch das Landratsamt Schweinfurt durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen .
10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten	<i>Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus § 60 und § 66 SGB I. Das Amt für Soziales benötigt Ihre Daten, um Ihren Antrag auf die Gewährung einer Sozialleistung zu bearbeiten. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben,- kann Ihr Antrag auf eine Sozialleistung nicht bearbeitet werden (§ 66 SGB I).</i>
11. Informationspflicht für den Fall einer späteren Zweckänderung	<i>Das Landratsamt Schweinfurt – Amt für Soziales - hat personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, um den Anspruch auf die beantragte Sozialleistung zu prüfen. Eine spätere Zweckänderung ist regelmäßig nicht vorgesehen.</i>