

<b>Landkreis Cloppenburg</b> Der Landrat - Sozialamt - Eschstraße 29 49661 Cloppenburg	<b>Antrag auf Sozialhilfeleistungen</b> Nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII) - Sozialhilfe -	Für Interne Vermerke:  <b>AZ:</b> <b>Eingang:</b>
--	--	--

### 1. Beantragte Hilfeart

<input type="checkbox"/> <b>Blindenhilfe</b>
<input type="checkbox"/> <b>Eingliederungshilfe</b>
<input type="checkbox"/> Hilfe zur angemessenen Schulbildung <input type="checkbox"/> WfbM <input type="checkbox"/> Wohnen in stationärer Einrichtung <input type="checkbox"/> Ambulante Wohnbetreuung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____ <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> <b>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Gesundheit</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Pflege</b> In einer Pflegeeinrichtung: <input type="checkbox"/> Dauerhafte Unterbringung im Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten</b>

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

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

### 3. Bei Heimunterbringung oder -entlassung (§§ 106 ff SGB XII)

<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? _____ Aufenthaltsort 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	
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Beruf:  Arbeitslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ausländerrechtlicher Status / Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:		
Ggf. Name, Geburtsdatum und heutige Anschrift des/der von Ihnen geschiedenen/getrenntlebenden früheren Ehegatten:			

**- Vater**

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

**- Mutter**

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

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

Name, Vorname:	Geburts-da- tum:	Adresse:	Vor Heimaufnahme des Antragstellers mit diesem in Haushaltsgemeinschaft le- bend?
			<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 Antragstellers mit diesem in einer Haushaltsgemeinschaft gelebt haben

Name, Vorname:	Geburts-da- tum:	aktuelle Anschrift:	Verwandtschaftsverhältnis:

**5. Betreuer/in, Bevollmächtigte/r oder Vormund**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bitte ausfüllen:	<b>Bitte Kopie Betreuerausweise/Vollmacht beifügen!</b>
Name, Vorname:	_____		<b>Nebensichende genannte Person ist:</b> <input type="checkbox"/> amtliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Vormund
Adresse:	_____		
Telefonnummer:	_____		

**Hinweis: Entsprechende Nachweise in den folgenden Punkten sind beizufügen!****6. Einkünfte** (Alle Einkünfte der genannten Personen; die der Eltern nur dann, wenn der Antragsteller minderjährig und unverheiratet ist)

Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen, wo erforderlich	zutreffendes ankreuzen	Antragsteller/in €/ Monat	Ehegatte / Lebenspartner €/ Monat	Vater €/ Monat	Mutter €/ Monat
<b><u>Arbeitseinkommen</u></b>					
Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Nettoerwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Renten aus Sozialversicherung</u></b>					
<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"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> auch: Kindererziehungsleistungen	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Sonstige Renten</u></b> (bitte eintragen)					
_____ -rente	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
_____ -rente	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b>BVG:</b> <input type="checkbox"/> Grundrente / <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b>LAG:</b> Entschädigungsrente / Unterhaltshilfe	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Beamtenrechtliche Pension o.ä.	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Sonstige Einkünfte</u></b>					
<input type="checkbox"/> Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____	_____
Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Landesblindengeld - n. d. LbliGG	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Krankengeld / Übergangsgeld <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Miete / <input type="checkbox"/> Pacht	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kindergeld / Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kapitalerträge / Zinsen	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Unterhalt:</u></b>					
<input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussgesetz / <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Wohngeld - n. d. Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Sonstige _____	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Beziehen Sie sonstige Sozialleistungen?	<input type="checkbox"/> nein - <input type="checkbox"/> ja:	Wenn ja: Welcher Art? Wer zahlt dieses Leistungen?		_____	_____

**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**

Name, Vorname:	Telefonnummer:
Adresse:	

**Mieter** (falls abweichend vom Antragsteller)

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: _____ €	Anzahl der Räume: _____	Größe der Wohnung: _____ qm
Nebenkosten: _____ €	Heizung: _____ €	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

**8. Versicherungen****a) Krankenversicherung**

Name, Adresse der Krankenkasse; Mitgliedsnummer	
<input type="checkbox"/> gesetzlich als Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwillig
<input type="checkbox"/> gesetzlich, in der Familienversicherung	<input type="checkbox"/> privat
bei: <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> auf Grundlage von § 264 SGB V
Falls Sie oder Mitglieder Ihrer Familie freiwillig oder privat versichert sind, die Höhe der Mitgliedsbeiträge eintragen:	
- Antragsteller: _____ € / Monat	
- Ehegatte/ Partner / Eltern: _____ € / Monat	
- minderjährige unverheiratete Kinder: _____ € / Monat	

**b) Pflegeversicherung**

Sind Sie pflegeversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
Name, Adresse der Pflegekasse:
Sofern Ihr Anspruch auf Pflegeleistungen erst später eintritt, wie lange dauert Ihre Wartezeit? _____

**c) Sonstige Versicherungen**

Welche der genannten Versicherungen haben Sie und Ihr Ehegatte/Partner abgeschlossen?	
<input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Staatlich geförderte Altersvorsorge:
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung	→ <input type="checkbox"/> Riester Rente <input type="checkbox"/> Betriebliche Altersvorsorge
<input type="checkbox"/> Gebäudeversicherung	<input type="checkbox"/> sonstige Versicherungen: _____

### 9. Andere Zahlungspflichten und Ansprüche

<p><u>- Unterhaltszahlungen</u></p>	<p>Haben Sie bzw. Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder ein Elternteil Unterhaltsbeiträge zu zahlen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, ich selbst;    <input type="checkbox"/> ja, mein Ehegatte/Lebenspartner/Elternteil</p> <p><b>Wenn ja:</b> In Höhe von monatlich insgesamt: _____ € für _____</p>
<p><u>- Beihilfeanspruch</u></p>	<p>Haben Sie einen Beihilfeanspruch auf beamtenrechtlicher Grundlage?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, bei folgender Anstalt:</p> <p>Name, Adresse und Mitgliedsnummer: _____</p>
<p><u>- Vertragliche Rechte</u></p>	<p>Haben Sie vertragliche Rechte (z.B. aus einem Kauf-, Übertragungs- oder Altersvertrag) ?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, folgendes Recht:</p> <p><input type="checkbox"/> Nießbrauch    <input type="checkbox"/> Wohnrecht    <input type="checkbox"/> Hege und Pflege    <input type="checkbox"/> Beköstigung    <input type="checkbox"/> Taschengeld</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige: _____</p>
<p><u>- nicht geklärte Ansprüche</u></p>	<p>Haben Sie weitere, bisher noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen Sie noch keine Leistungen erhalten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, aus/als:</p> <p><input type="checkbox"/> Lastenausgleich    <input type="checkbox"/> Sozialversicherung    <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigter</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheit    <input type="checkbox"/> Unfall    <input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p>Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____</p>

### 10. Weitere Angaben

<p><u>- Bedarfsdeckung aus eigenen Mitteln</u></p>	<p>Wurden die Kosten der hiermit beantragten Hilfe bisher vollständig selbst gezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, bis einschließlich _____</p>
<p><u>- Pflegebedürftigkeit</u></p>	<p>Wurde durch den MDK für Sie ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, folgender Pflegegrad wurde zuerkannt:</p> <p><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</p> <p>Wurde wegen Veränderung Ihres Gesundheitszustandes die Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt? <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Besteht ein Anspruch auf zusätzl. Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, i. H. v. _____ €</p>

### 11. Schwerbehindertenausweis

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

### 12. Mehrbedarf

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

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

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

**14. Bankverbindung** des Antragstellers

Kreditinstitut:	IBAN:	BIC:	Kontoinhaber:
-----------------	-------	------	---------------

**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 Kriegsofopferfürsorgebehörde 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 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 verfügbaren berechtigten 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 / gesetzlicher Vertreter	Unterschrift Ehegatte/ Lebenspartner/in oder Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft
------------	---	--