

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) befinden sich im Anhang dieses Formulars.

Eingangsdatum:



**LANDRATSAMT
AICHACH-FRIEDBERG**
Soziale Leistungen

Antrag auf Sozialhilfe

Für Herrn / Frau _____

werden Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) beantragt durch Gewährung von:

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe in besonderen Lebenslagen; in Form von:

(z.B. Krankenhilfe, Hilfe zur Pflege, Altenhilfe, ...)

.....

Kurze Begründung des Antrags; Ursache der Notlage:

I. Persönliche Verhältnisse	a) leistungsberechtigte Person	b) Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner / Partner der eheähnlichen Gemeinschaft (auch geschieden, getr. lebend, verstorben). Bei ledigen, minderjährigen Antragstellern: Angaben über die Eltern: (Zutreffendes bitte unterstreichen!)	
1. Name (ggf. Geburtsname)			
2. Vorname(n)			
3. Geburtsdatum			
4. Geburtsort / Kreis / Land			
5. Staatsangehörigkeit			
6. Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Familienstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet		
Bei Scheidung der Ehe: Datum und Az. des Urteils			
8. Adresse: Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Wohnort			
Telefon			
9. Ausweispapiere: Art	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass
Gültig bis (Datum):			
10. Seit wann dauerhaft in Deutschland?:			
11. Erlerner Beruf:			
Letzte Erwerbstätigkeit als:			
Ausgeübt bis:			
Erwerbstätigkeit im Ausland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis
12. Besondere soziale Lage der leistungsberechtigten Person			
a) Trennung / Scheidung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
b) Geburt eines Kindes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
c) Todesfall in der Familie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
d) Suchtabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) Voll-/teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte, Heim, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) Überschuldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
g) Freiheitsentzug/Haftentlassung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Fortsetzung zu I.

a) leistungsberechtigte Person

b) Angaben zum **Ehegatten / Lebenspartner / Partner der eheähnlichen Gemeinschaft** (auch geschieden, getr. lebend, verstorben).
Bei ledigen, minderjährigen Antragstellern: Angaben über die **Eltern**:
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

12. Bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status:			
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:
13. Sonstiges			

II. Familienverhältnisse: Außer der leistungsberechtigten Person und dem Ehegatten/Partner leben noch im gemeinsamen Haushalt:

	1.	2.	3.	4.
1. Name (ggf. auch Geburtsname)				
2. Vorname(n)				
3. Geburtsdatum				
4. Geburtsort				
5. Staatsangehörigkeit				
6. Familienstand				
7. Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person				
8. (bei Kindern:) ehelich oder nicht ehelich				
9. (bei Kindern:) Schule und derzeitige Klasse				
10. Weitere Angaben				
11. Leistungsberechtigte Person von 15 bis unter 67 Jahren				
a) Vollzeitbeschäftigt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
b) Teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
12. Arbeitgeber (Bezeichnung)				
13. Anschrift des Arbeitgebers				
14. Höhe des Einkommens (mtl. netto)	€	€	€	€
15. Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
a) mit SGB II – Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
b) andere Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
welche Leistungen?				
16. Bargeld	€	€	€	€
17. Spar- und Bankguthaben	€	€	€	€
18. Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Beiblatt beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Beiblatt beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Beiblatt beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Beiblatt beifügen!)
19. Sonst. Vermögenswerte (welche?)	<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:
19. Nicht erwerbstätig wegen				
a) Krankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
b) Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
c) Pflege, (Kinder-)Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
d) Altersgründe	<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
e) Sonstige Gründe (bitte erläutern!)				
20. Besondere soziale Lage				
a) Trennung / Scheidung	<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) Geburt eines Kindes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
c) Voll-/teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte, Heim, Krankenhaus)	<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

Falls die leistungsberechtigte Person ein nicht eheliches Kind ist oder unter den unter II. genannten Personen ein nicht eheliches Kind aufgeführt ist:

Familien- und Vorname des Kindes			
Familien- und Vorname des Vaters/ Unterhaltspflichtigen			
Anschrift des Vaters/Unterhaltspflichtigen			
Name des Vormunds / Pflegers			
Anschrift des Vormunds / Pflegers			
Zuständiges Vormundsgericht			
Regelunterhalt (Alimente) je Monat	€	€	€
Aktenzeichen und Datum des Vollstreckungstitels			
In welcher Höhe werden tatsächlich Zahlungen geleistet?	€	€	€

III. Angaben zu Eltern und Kindern der Antragsteller

Vollständige und leserliche Angaben zu allen Elternteilen und Kindern sind erforderlich!

1. Bitte ausfüllen bei allen Leistungsarten (→ eventuell zusätzliches Blatt verwenden)

	1	2	3	4
Verwandtschaftsverhältnis:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind
Familienname				
Geburtsname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Bereits verstorben (Datum)?				
Adresse:				
Beruf / ausgeübte Tätigkeit				
Familienstand				
Selbständige Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Falls nein: Anschrift des Arbeitgebers				
Keine Erwerbstätigkeit; Art der Einkommen				

Es bestehen Unterhaltsansprüche gegen:

<input type="checkbox"/> Getrennt lebende/geschiedene Ehepartner _____ €	<input type="checkbox"/> Partner aus ehemals eingetr. Lebenspartnerschaft _____ €	<input type="checkbox"/> Partner aus eheähnlicher Gemeinschaft _____ €
Der Anspruch wurde geltend gemacht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	
Unterhalt wird bezahlt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich _____ €	
Auf Unterhaltsleistungen wurde verzichtet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: (Bitte Nachweise vorlegen!)	

2. Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter voller Erwerbsminderung

Ausfüllen, wenn 2. Person leistungsberechtigt ist

Verfügt eines Ihrer Kinder / Verfügt ein Elternteil über ein erhebliches Brutto-Einkommen (ab 100.000 € jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls „ja“: Welches Kind? Welcher Elternteil (Vorname/Name)?		

IV. Einkommensverhältnisse der Hilfesuchenden und der im Haushalt lebenden Personen

Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Einkünfte beifügen! (z.B.: Rentenmitteilung bzw. -bescheid, Bescheid der Arbeitsagentur, Wohngeldbescheid, Nachweis über Kindergeld und Kindergeldzuschlag, Übergabevertrag, Unterhalt, Netto-Verdienstbescheinigung, Gehaltsnachweis, ...)

Einkommensart:	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/Lebenspartner	Zum Haushalt gehörende Personen			
			Zu Nr. 1	Zu Nr. 2	Zu Nr. 3	Zu Nr. 4
	€	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Kein Einkommen <input type="checkbox"/> Altersrente						
<input type="checkbox"/> Private Rente <input type="checkbox"/> Witwenrente						
<input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente						
<input type="checkbox"/> Zusatzrente <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II						
<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Krankengeld						
<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld						
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Wohngeld						
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Ausländische Rente						
<input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussleistungen (UVG) <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenleistungen (§ 53 SGB V)						
<input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen						
<input type="checkbox"/> Grundrente (BVG) <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente						
<input type="checkbox"/> Miet-/Pachteinnahmen (In-/Ausland) <input type="checkbox"/> Erträge aus Land- und Forstwirtschaft						
<input type="checkbox"/> Zinseinkünfte <input type="checkbox"/> Gewerbeertrag						
<input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen						
Hierbei anfallende Aufwendungen f. Arbeitsmittel						
<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen, welches?						
<input type="checkbox"/> Naturalunterhalt	<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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bestehen Ansprüche gegen Dritte?

1. Vermögensübertragung

Wurde Vermögen der leistungsberechtigten Person in den letzten 10 Jahren vor dem Tag der Antragstellung auf andere Personen übertragen (Altenteil, Übergabevertrag, Schenkung)?

ja, am: _____ (Falls ja: Bitte Nachweise vorlegen)

nein

Bemerkungen hierzu: _____

2. Nicht geklärt/strittige Ansprüche (Falls zutreffend, bitte entsprechende Nachweise / Belege vorlegen!)

Glaubt die leistungsberechtigte Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?

Nein Ja, und zwar: aus ausländischen Renten aus Betriebsrenten aus Krankheit aus Unfall

als Kriegsbeschädigter aus der Sozialversicherung aus anderem Rechtsgrund: _____

Wenn ja, wann und wo haben Sie den Antrag gestellt? _____

Besteht deswegen ein Rechtsstreit? Wo? _____ Az.: _____

3. Sonstige Ansprüche (Bitte jeweils entsprechende Nachweise vorlegen!)

Sind Sie Mitglied einer Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
Art der Mitgliedschaft:	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung
Bei Familienversicherung:	Mitversichert bei (Name, Verwandtschaftsverhältnis): _____
Wurde ein Pflegegrad festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für _____ Pflegegrad _____ (→ Bitte Kopie des Bescheids vorlegen!)
Sind Sie Mitglied einer Sterbeversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ Vers.-Nr.: _____
Höhe der Versicherungssumme?	Betrag (€): _____ fällig am: _____ (→ Nachweis vorlegen!)
Bestehen Rentenansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt am: _____ Bei: _____
Bestehen ausländische Rentenansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Welches Land / welcher Ort? Wie lange bestand die ausl. Erwerbstätigkeit? (→ Beiblatt!)
Haben Sie freiwillige Rentenbeitragszahlungen geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Grund: _____ (→ Nachweis vorlegen!)
Besteht ein Anspruch auf Betriebsrente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt am: _____ Bei: _____
Wurde ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Grund: _____ (→ Nachweis vorlegen!)

VI. Wohnverhältnisse der leistungsberechtigten Person(en)

1. Ich bin: Hauptmieter/in
 Untermieter/in
 Bewohner/in meiner Eigentumswohnung / meines Eigenheimes
 sonstig Nutzungsberechtigte/r
2. Die von mir zu bezahlende **Wohnungsmiete** beträgt ohne Stromkosten laut beiliegender Mietbescheinigung monatlich _____ €.
Sind die Kosten für den Haushaltsstrom in der Miete enthalten? Nein Ja (→Bitte Nachweise beilegen!)
3. **Größe der Wohnung:** Küche, Bad, WC, _____ Zimmer; Gesamt _____ m².
Davon sind _____ Räume untervermietet.
4. Wie wird die Wohnung **beheizt**? Zentralheizung Einzelheizung Holz/Kohle Heizöl Gas
Warmwasser wird erzeugt über Fernwärme über Zentralheizung
 auf sonstige Art (bitte angeben): _____
5. Wurde die **Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt**? Ja (→ Bitte Nachweis vorlegen)
 Nein (Grund: _____)
6. Für **Eigentümer von selbst genutzten Eigentumswohnungen / Eigenheimen:**
a) Höhe der Kosten für Müllabfuhr, Kaminkehrer, Wasser, Kanal, Grundsteuer, Brandvers. usw. (lt. beil. Nachweise): mtl. _____ €.
b) Bei Schulverbindlichkeiten Höhe der Zinsen (Jahres-Kontoauszüge/andere Bescheinigungen der Banken/Bausparkassen): mtl. _____ €.
7. Erhalten Sie **Wohngeld / Lastenzuschuss** nach dem Wohngeldgesetz? Nein Ja, in Höhe von mtl. _____ €, bewilligt bis _____.
Falls nein: Wurde Wohngeld (Mietzuschuss) / Lastenzuschuss beantragt? Nein Ja, am _____.

VII. Eheähnliche Gemeinschaft

Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 i. V. m. § 36 SGB XII). Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn Mann und Frau, ohne miteinander verheiratet zu sein, eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft bilden.

Lebt die leistungsberechtigte Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft? Nein Ja

Wenn ja, mit wem? _____

Bemerkungen: _____

VIII. Arbeitsverhältnisse in den letzten 5 Jahren vor der Antragstellung (falls der Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden!)

Angaben zur Erwerbstätigkeit	Dauer		Beschäftigt bei (Bezeichnung, Adresse)	Gründe für die Lösung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Krankenkasse
	von	bis			
(Leistungsberechtigte/-r)					
(Ehegatte / Lebensgefährte)					

Sind Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt?

Nein Ja, bei (Bezeichnung, Adresse): _____

Nehmen Sie in der WfbM am Mittagessen teil? Ja Nein

IX. Sonstiges

1. Sind Sie Mitglied anderer Versicherungen? (z.B. Haftpflicht, Hausrat, Unfall)	Welche Versicherungen? (Bitte Nachweise beifügen):		
2. Sind Sie Kriegsbeschädigter oder -hinterbliebener? Sind Sie Vater/Mutter eines gefallenen / kriegsvermissten Kindes?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
3. Wurde bereits früher Sozialhilfe / Grundsicherung / Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	von – bis:	
		Welche Behörde?	
		Aktenzeichen:	
4. Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten? Welche Änderung in Ihren Verhältnissen ist eingetreten (Grund für Antragstellung)?			
5. Sind Sie schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt / erteilt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (→ Bitte Kopie des Ausweises vorlegen!)		
Wenn ja: Welche(s) Merkmale sind/ist vergeben worden?	<input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF		
6. Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
7. Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalls?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
8. Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
9. Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja: Welche Person? (Bitte Betreuerausweis vorlegen!)		
Name, Anschrift der/-s Betreuers/-in:			

→ Bitte wenden!

X. Auszahlung von Sozialhilfeleistungen:

Leistungen sollen überwiesen werden an mich
 folgende/-n Person/Leistungsträger (Vorname, Name, Anschrift):

Bankverbindung (Bitte machen Sie vollständige Angaben)

Kontoinhaber (Vorname, Name / Bezeichnung):

IBAN (22-stellig)

D E

BIC (11-stellig)

Bezeichnung Geldinstitut:

Erklärung der/-s Hilfesuchenden und Ehegatte/-in

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe.

- ⇒ Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Sozialhilfeträger übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Jobcenter, Rente) geltend gemacht werden können.
- ⇒ Auf meine Mitwirkungspflicht, die Folgen fehlender Mitwirkung und die Grenzen der Mitwirkungspflicht (§§ 60 ff Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil) bin ich hingewiesen worden.
- ⇒ Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch Haushaltsangehörige) unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Erwerbstätigkeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.
- ⇒ Mir ist bekannt, dass bei schuldhaftem Verhalten, bei zu Unrecht erbrachten Leistungen oder bei Erhalt von Doppelleistungen Kostenersatz zu leisten ist (§§ 103 – 105 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch -SGB XII-). Unter Umständen kann auch von meinen Erben Kostenersatz gefordert werden (§ 102 SGB XII). Falsche oder unvollständige Angaben können auch strafrechtliche Folgen haben (z.B. Betrugsanzeige)!
- ⇒ Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFürsV erteilt.
- ⇒ Ich entbinde meine behandelnden Ärzte – auch die meines letzten Krankenhausaufenthalts – von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.
- ⇒ Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialhilfeträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller/-in;
des gesetzlichen Vertreters:Unterschrift Ehegatte/-in/Partner/-in
eingetragene/-r Lebenspartner/-in:

Das „Merkblatt zum Sozialhilfeantrag“ habe ich erhalten, durchgelesen und zur Kenntnis genommen.

Die „Ergänzenden Datenschutzhinweise zum Sozialhilfeantrag“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift(en):

Antrag auf Sozialhilfe

Ergänzende Datenschutzhinweise **zur Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

(Stand: August 2019)

Seit dem 25. Mai 2018 gilt mit der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ein einheitlicher Rechtsrahmen für den Datenschutz in Deutschland und in der Europäischen Union. Sowohl die DS-GVO als auch insbesondere das Erste Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) enthalten Vorschriften zum Sozialgeheimnis, zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern.

Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

Soweit es für die Durchführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) bzw. zur Ermittlung der für Sozialhilfeleistungen maßgeblichen Verhältnisse im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; vgl. Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe c und e und Artikel 4 Nr. 2 DS-GVO, §§ 67a ff. SGB X). Das Sozialamt des Landratsamtes Aichach-Friedberg ist hierbei „Verantwortlicher“ im Sinne des Artikels 4 Nr. 7 DS-GVO.

→ Alle Kontaktdaten finden Sie unter Ziffer 8.

1. Datenerhebung bei Antragstellern und haushaltsangehörigen Personen

Ihre Angaben und die Angaben zu haushaltsangehörigen Personen im Sozialhilfeantrag sind mit entsprechenden Nachweisen zu belegen. Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung - nicht aber deren Höhe - geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 DS-GVO) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person. *Keine Schwärzung ist zulässig bei Miet- und Stromzahlungen, Abhebungen/Zahlungen für den Lebensunterhalt, Sparbeiträgen und Vorsorgeaufwendungen, Versicherungsbeiträgen.*

Zum Zweck der Zahlungsabwicklung werden Ihre hierfür erforderlichen Daten an die Kreiskasse des Landratsamts weitergeleitet.

2. Datenerhebung bei anderen Stellen

Sofern Antragsteller und/oder weitere leistungsberechtigte Personen nicht oder nicht vollständig an der Aufklärung des Sachverhalts mitwirken, kann das Sozialamt auch Auskünfte einholen bzw. Daten erheben

- bei anderen Stellen im Zusammenhang zwischen diesen und den weiteren leistungsberechtigten Personen bestehenden Rechtsverhältnissen (z. B. Vermieter/Mietverhältnis, Einkommen, Banken und Kreditinstitute) und bei anderen Personen im Hinblick auf möglicherweise gegen diese Personen bestehende Rechtsansprüche bzw. deren Voraussetzungen (z. B. unterhaltsverpflichtete Verwandte nach §§ 94 und 117 SGB XII),
- bei anderen Sozialleistungsträgern (z. B. Rentenversicherungsträger, Jobcenter, Kranken-/Pflegekasse) nach §§ 3, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X, inwieweit z. B. andere Sozialleistungen beantragt, bewilligt oder eingestellt wurden oder inwieweit Aussicht auf Bewilligung dieser Leistungen besteht und
- beim Finanzamt zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen (§ 21 Abs. 4 SGB X).

3. Datenabgleich

Zur Vermeidung und Aufdeckung der rechtswidrigen Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen wird ein regelmäßiger Datenabgleich für alle Leistungsbezieher/-innen, auch in automatisierter Form, insbesondere mit der Datenstelle der Rentenversicherung durchgeführt (§ 118 SGB XII). Es darf z. B. abgeglichen werden, ob während des Sozialhilfebezugs Rente oder andere Sozialleistungen gezahlt werden, ob eine versicherungspflichtige oder geringfügige Beschäftigung besteht oder in welcher Höhe Kapitalerträge zufließen, für die ein Freistellungsauftrag erteilt worden ist. Ebenso ist ein Abgleich mit der Meldebehörde zu Meldeanschriften, Wohnungsstatus und Zeitpunkt von Ummeldungen möglich.

Verdachtsfälle auf Betrug werden grundsätzlich bei der Staatsanwaltschaft angezeigt, rechtswidrig bezogene Leistungen werden zurückgefordert.

4. Datenverarbeitung im Rahmen der Sozialhilfestatistik

Die für die Bearbeitung des Antrages erhobenen Daten werden in anonymisierter Form (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Sozialhilfestatistik verwendet. Die Daten werden hierfür an das Bayerische Landesamt für Statistik und an das Statistische Bundesamt übermittelt (§§ 121-128h SGB XII).

5. Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren

Zur Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der §§ 68, 69 SGB X an die Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte übermittelt.

6. Löschung Ihrer personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden gelöscht, wenn sie für die Durchführung des SGB XII nicht mehr benötigt werden (vgl. § 84 Abs. 2 SGB X) und rechtliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Nach Leistungsbeendigung werden Daten längstens zehn Jahre aufbewahrt (z. B. um Entscheidungen über rückwirkende Änderungen bzw. bei Rechtswidrigkeit zu ermöglichen). Innerhalb der vorstehend genannten Frist besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO.

7. Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf einer Einwilligung; Beschwerde

Wenn Sie eine Auskunft zu den zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an das Sozialamt. Sie können auch den Datenschutzbeauftragten zu Rate ziehen. Auf Wunsch wird Ihnen ein Auszug zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie feststellen, dass zu Ihrer Person gespeicherte Daten fehlerhaft oder unvollständig sind, können Sie jederzeit die unverzügliche Berichtigung / Vervollständigung dieser Daten verlangen.

Unter den Voraussetzungen des Art. 18 DS-GVO in Verbindung mit § 84 Abs. 3 SGB X können Sie eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Dies kommt z. B. dann in Betracht, wenn das Sozialamt die Daten nicht mehr länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und eine Löschung der Daten Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigen würde.

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Sozialhilfeantrags besteht kein Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DS-GVO, da die Datenverarbeitung zu Leistungen des SGB XII im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Art. 21 Abs. 3 DS-GVO). Es besteht auch kein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Artikel 21 Abs. 1 DS-GVO, da sozialhilferechtliche Vorschriften die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vorsehen (§ 84 Abs. 5 SGB X).

Sollten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeitet (d. h. insbesondere erhoben) worden sein, können Sie diese Einwilligung jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DS-GVO widerrufen. Dadurch wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf berührt.

Sollten Sie mit den Auskünften des Sozialamtes bzw. mit der dort vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer Beschwerde an den Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde wenden.

8. Kontaktdaten/ Adressen

- Verantwortlicher:
Landratsamt Aichach-Friedberg, Amt für Soziale Leistungen
Münchener Straße 9, 86551 Aichach
Tel.: 08251/92-0, E-Mail: poststelle@lra-aic-fdb.de
- (behördlicher) Datenschutzbeauftragter:
Landratsamt Aichach-Friedberg, Datenschutzbeauftragter,
Münchener Straße 9, 86551 Aichach
Tel.: 08251/92-322, E-Mail: datenschutzbeauftragter@lra-aic-fdb.de
- Landesdatenschutzbeauftragter:
Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD)
Wagmüllerstr. 18, 80538 München
Tel.: 089/212672-0, E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de