

Stadt Bargteheide Die Bürgermeisterin FB 3/Bürgerservice, Bildung und Soziales Rathausstr. 26 22941 Bargteheide	Sachbearbeiter/in: <input type="checkbox"/> Frau Assmy	Ausgabe am: Rückgabe bis:
	Aktenzeichen:	Eingang::

**Antrag auf Sozialhilfe**

Für \_\_\_\_\_ wird

**Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) beantragt,**

und zwar (Art der beantragten Hilfe):

Begründung des Antrages, Ursache der Notlage, Notwendigkeit eines Umzuges (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! Anträge mit unvollständigen Angaben können nicht abschließend bearbeitet werden.**

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 <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in	I. 3 <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"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers

	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. 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
10. 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
11. Staatsangehörigkeit			
12. Steueridentifikationsnummer			
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 gemel- deten 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. Liegen Erkrankungen, für die eine kostenaufwändigen Ernährung erforderlich ist, vor? Wenn ja, welche?			
21. gesetzlicher Betreuer: Name: Anschrift: PLZ, Ort: bestellt vom Amtsgericht: Telefonnummer: E-Mail-Adresse:			

## 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"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
5. Geburtsdatum				
6. Geburtsort				
7. Familienstand				
8. Verwandtschaftsverhältnis/ Stellung z. Antragsteller/in				
9. Staatsangehörigkeit				
10. Steueridentifikationsnummer				
11. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtl. Status				
12. Schulabschluss Berufsabschluss				
13. derzeitige Beschäftigung				
14. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift)				
15. falls arbeitslos, seit wann?				
16. bei nicht arbeitslos gemeldeten Nichterwerbstätigen: Grund:				
17. 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
18. gesetzlicher Betreuer: Name Anschrift PLZ, Ort bestellt vom Amtsgericht Telefonnummer: E-Mail-Adresse:				

### III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes

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

Erhalten volljährige Personen Sozialhilfe so kann überprüft werden, ob ihre Kinder und/oder Eltern verpflichtet sind, Unterhalt zu zahlen. Eine Unterhaltspflichtung besteht gem. § 94 SGB XII jedoch nur, wenn das Jahresbruttoeinkommen des Kindes/ der Kinder oder des Elternteils/ der Eltern 100.000 € überschreitet. **Gemäß § 94 Abs. 1a SGB XII können vom Hilfesuchenden Angaben verlangt werden, die Rückschlüsse auf die Einkommensverhältnisse des Kindes/ der Kinder oder des Elternteils/ der Eltern zulassen.**

**Unabhängig von der o.g. Einkommensgrenze sind die Ansprüche auf Trennungsunterhalt oder nachehelichen Unterhalt zu prüfen. Legen Sie bitte auch das Scheidungsurteil und soweit getroffen eine Unterhaltsregelung vor.**

**Wichtig!** Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen vollständig aus. Ein einfaches „Freilassen“ genügt den Ansprüchen an eine ordnungsgemäße Auskunftserteilung und der Erfüllung der Mitwirkungspflicht nach §§ 60 ff. SGB I nicht. **Sollten Ihnen abgefragte Informationen zu den Freitextfeldern fehlen, so füllen Sie diese bitte mit „unbekannt“ aus.** Die Angaben sind verpflichtend und wahrheitsgetreu zu tätigen.

Allgemeine Angaben über die unterhaltspflichtigen Angehörigen				
<input type="checkbox"/> <b>Es sind keine Kinder vorhanden</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Folgende Elternteile sind verstorben:</b> <input type="checkbox"/> <b>Mutter</b> <input type="checkbox"/> <b>Vater</b>				
Unterhaltspflichtige	III. 1	III. 2	III. 3	III. 4
Name, Vorname/n, ggf. Geburtsname				
Geburtsdatum				
Verwandtschafts- verhältnis (zu An- tragsteller/in)	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil
aktuelle Anschrift				
(abgeschlossene/s) Ausbildung/ Studium				
Angaben über die Einkünfte der unterhaltspflichtigen Personen				
1. Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit				
Wird eine nichtselbstständige Tätigkeit ausgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Bezeichnung der Tätigkeit				
Arbeitgeber				
Berufliche Stellung	<input type="checkbox"/> ausführende Position <input type="checkbox"/> leitende Position	<input type="checkbox"/> ausführende Position <input type="checkbox"/> leitende Position	<input type="checkbox"/> ausführende Position <input type="checkbox"/> leitende Position	<input type="checkbox"/> ausführende Position <input type="checkbox"/> leitende Position
Bezeichnung (z.B. Sachbearbeitung, Abteilungsleitung, Teamleitung, Geschäftsführung)				
Arbeitsumfang	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

<b>2. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit</b>				
Wird eine selbstständige (freiberufliche) Tätigkeit ausgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Bezeichnung der Tätigkeit (Bereich/Berufsgruppe, z.B. Arzt, Künstler, Rechtsanwalt)				
<b>3. Einkünfte aus Gewerbebetrieb</b>				
Wird ein Gewerbe betrieben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Bezeichnung des Gewerbebetriebs (Branche/Berufsgruppe, z.B. Malerbetrieb, Friseursalon)				
Name der Firma				
Gibt es Angestellte?	<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
<b>4. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung</b>				
Werden Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Vermietete/verpachtete Gegenstände	<input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk)	<input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk)	<input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk)	<input type="checkbox"/> Immobilie/n (z.B. Grundstück, grundstücksgleiches Recht, Bauwerk)
Bezeichnung und Anzahl:	<input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software)	<input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software)	<input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software)	<input type="checkbox"/> Sonstiges (immaterielle Wertgegenstände z.B. Rechte, Software)
Bezeichnung und Anzahl:				
<b>5. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft</b>				
Werden Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft erzielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Art der betriebenen Land-/Forstwirtschaft				
Name des land-/forstwirtschaftlichen Betriebes				
Gibt es Angestellte?	<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

6. Einkünfte aus Kapitalvermögen				
Werden Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Um was für Kapitalvermögen handelt es sich? (z.B. Dividenden, Zinsen, Gewinnanteile)				
7. Erreichen der Einkommensgrenze				
Geschätztes Jahresbruttoeinkommen der/des Unterhaltspflichtigen	<input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> über 100.000 € <input type="checkbox"/> unter 100.000 € <input type="checkbox"/> unbekannt
8. Sonstiges				
Sonstige Hinweise zu den Einkommensverhältnissen:				

Sollten Sie bereits Unterhaltszahlungen erhalten oder einen Unterhaltstitel erwirkt haben, so sind die dazugehörigen Angaben in die untenstehenden Tabellen einzutragen.

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, Nachweis über freiwillige Rentenbeitragszahlungen beifügen):

**Sollten Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen zumachen sein, benutzen Sie hierfür bitte ein Extra-Blatt.**

Angaben Netto monatlich:

	zu I. 1	zu I. 2	zu I. 3
Art des Einkommens			
	€	€	€
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 I /Bürgergeld nach dem SGB 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			
Wurden zu einer Rente/Pension von Ihnen bzw. Arbeitsgeber/n freiwillige Beiträge entrichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zeitraum:	Zeitraum:	Zeitraum:
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 (z.B. Zinsen, Dividenden) <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!

		zu I. 1	zu I. 2	zu I. 3
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 (z.B. Gewerkschaft, Sozialverband)	<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: \_\_\_\_\_

Art der Warmwasserbereitung (z.B. über Heizungsanlage  
oder Boiler) \_\_\_\_\_

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)

Soweit die Heizkosten pauschal abgerechnet werden, bitte Erklärung des Vermieters vorlegen, aus welchen Gründen eine verbrauchsabhängige Abrechnung nicht möglich ist.

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: \_\_\_\_\_

**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:			
PapPal-/Kreditkartenkonto <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
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/ Erbchaft in den letzten 10 Jahren <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 (auch im Ausland gelegen) Art:			
Hypotheken/Darlehen, sonst. Forderungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: Schuldner:			
sonstige Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ( z. B. aus Kauf-/Überlassungs-, Erb- 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 I /Bürgergeld nach dem SGB 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 ambulanter Wohnbetreuung: Wer ist der Kostenträger der Eingliederungshilfe?	
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

<b>15.</b> Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste Angehörige	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>16.</b> Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>17.</b> Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>18.</b> 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
<b>19.</b> 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
<b>20.</b> Wovon wurde der Lebensunterhalt während der letzten drei Jahre bestritten?	

<b>21.</b> Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen:	Zeitraum der Ausbildung: _____
	Beschäftigung ab: _____
	Unterbrechungszeitraum: _____

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/der Bevollmächtigte/n):**

• **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.

Aufenthalte in stationären Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Kurzeitpflege) können zu einer Regelbedarfsminderung führen und sind zeitnah unter Angabe der Aufnahme in die Einrichtung und der Dauer des Aufenthaltes nachzuweisen.

**Vorübergehende Auslandsaufenthalte bei einem Bezug von Leistungen nach dem SGB XII:**

**Auslandsaufenthalte sind vor Antritt der Reise mitzuteilen.**

**Hilfe zum Lebensunterhalt:**

**Auslandsaufenthalte sind vor Reiseantritt mitzuteilen und führen möglicherweise zur einer Kürzung oder Einstellung der Leistungen.**

**Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

**Gemäß § 41a SGB XII erhalten Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen.**

**Auch Aufenthalte in stationären Einrichtungen und im Ausland von Ehepartner\*innen/Lebenspartner\*innen sind unaufgefordert mitzuteilen.**

• **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 getrenntlebende oder geschiedenen Ehepartner, Eltern und/oder Kinder gehen gem. § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Die als Anlagen beigefügten Merkblätter

- Erklärung als Anlage zum Sozialhilfeantrag
- Hinweise zur Datenverarbeitung
- Merkblatt zur Mitwirkungspflicht

habe ich zur Kenntnis genommen und in Fotokopie erhalten.

Die Sozialhilfeleistungen sollen auf das Konto bei der

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_, BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

überwiesen werden.

Für direkte Zahlungen an den Vermieter/Energieversorger erhalten Sie bei Bedarf ein gesondertes Formular.

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Wahrheit der Angaben</b> Ich versichere, dass die mit diesem Antrag gemachten Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, auch von den Haushaltsangehörigen, 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.</li></ul>
--

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/in/Bevollmächtigte/n

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in,/Lebensgefährte/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aufnehmende/-r

## **Erklärung als Anlage zum Sozialhilfeantrag**

Der Sozialhilfeantrag muss von allen volljährigen (!) Mitgliedern der Haushaltsgemeinschaft unterzeichnet werden. Sofern ein volljähriges Haushaltsmitglied ausdrücklich keine Sozialhilfeleistungen haben möchte, weisen Sie bitte den Sozialhilfesachbearbeiter darauf hin. Der Antrag und diese Erklärung sind dann von dieser Person nicht zu unterzeichnen.

Mit einer gemeinsamen Bescheiderteilung (Berechnung) und Auszahlung der Sozialhilfeleistungen erklären wir uns einverstanden.

Für Briefe und Bescheide verwenden Sie bitte folgende Anschrift:

Name: \_\_\_\_\_

Str./PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Unabhängig von besonders bestimmten Drittempfängern (z.B. Krankenkasse oder Vermieter) verwenden Sie bitte das unter X. genannte Konto im Sozialhilfeantrag einheitlich für unsere Zahlungen.

Zukünftig wird für Antragstellungen folgende Person bevollmächtigt:

Name: \_\_\_\_\_

Uns ist bekannt, dass dieser Bevollmächtigte alle Änderungen, auch Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der übrigen Haushaltsmitglieder, mitzuteilen hat und ein Versäumnis auch den übrigen Haushaltsmitgliedern angelastet wird.

Unterschriften aller volljährigen Haushaltsangehörigen:

Bargteheide,

\_\_\_\_\_  
Haushaltsvorstand/Hilfesuchender

\_\_\_\_\_  
ggf. Ehegatte  
(oder Partner der eheähnlichen Gemeinschaft)

\_\_\_\_\_  
volljährige Angehörige (Kinder)

# **Merkblatt zur Mitwirkungspflicht**

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat nach §§ 60 ff des Sozialgesetzbuches I (SGB I) u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und der Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen, wenn die Daten nicht selbst beigebracht werden können. Beweismittel sind auf Verlangen vorzulegen.

Werden die Mitwirkungspflichten nicht erfüllt und sind die Verhältnisse deshalb unklar, kann die Hilfe abgelehnt oder nicht weiter geleistet werden.

Auskunft über die Mitwirkungspflichten gibt der folgende

## **Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I (SGB I)**

### **§ 60 Angaben von Tatsachen**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweiskunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

### **§ 61 Persönliches Erscheinen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

### **§ 62 Untersuchungen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auch auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

### **§ 63 Heilbehandlung**

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

### **§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.



## **§ 65 Grenzen der Mitwirkung**

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
  1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
  2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
  3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlung und Untersuchungen,
  1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
  2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
  3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

## **§ 65 a Aufwendungsersatz**

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

## **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

## **§ 67 Nachholung der Mitwirkung**

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

# Hinweise zur Datenverarbeitung

Zur Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfeleistung werden vom Sozialhilfeträger persönliche und wirtschaftliche Daten erhoben. Der Umfang der Datenerhebung ergibt sich aus dem Sozialhilfeantrag, er kann aber auch darüber hinausgehen, wenn die Hilfe dies erfordert.

Jede Person kann ihre eigenen Daten selbst dem Sozialhilfeträger mitteilen. Soll dies durch andere Personen geschehen, ist eine Vollmacht erforderlich. Bei minderjährigen Kindern ist der gesetzliche Vertreter auskunftsberechtigt. Kinder ab Vollendung des 15. Lebensjahres haben nach § 36 des Sozialgesetzbuches I (SGB I) auch ein eigenes Antragsrecht.

Jeder hat Anspruch darauf, dass seine Sozialdaten nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Der Sozialdatenschutz ist in § 35 SGB I und im Einzelnen im Sozialgesetzbuch X (SGB X) sowie den Datenschutzgesetzen geregelt.

Nach § 26 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) sind Betroffene bereits bei der Erhebung ihrer Daten in geeigneter Weise aufzuklären über

- die datenverarbeitende Stelle,
- den Zweck und die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung,
- die Folgen der Nichtbeantwortung, wenn die Angaben für die Gewährung der Leistung erforderlich sind,
- die Rechte nach diesem Gesetz,
- den Empfängerkreis bei beabsichtigten Übermittlungen und
- die Auftragnehmer bei beabsichtigter Datenverarbeitung im Auftrag.

Aus diesem Grund erhalten Sie die folgenden Informationen durch dieses Merkblatt:

Die von Ihnen bereitgestellten Daten werden vom Kreis Stormarn, Der Landrat, Fachdienst Sonstige soziale Leistungen, ausschließlich für die Bewilligung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (bzw. dem Sozialgesetzbuch IX) verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 60 SGB I. Ihre Daten werden auf folgende Weise gespeichert:

- in einer Sozialhilfeakte,
- in einer besonderen Unterhaltsakte,
- in einem EDV-Verfahren, in dem die eigentliche Berechnung der Hilfe erfolgt.

Sie können sich an das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Postfach 7121, 24171 Kiel, wenden. Nach den §§ 27 bis 30 LDSG stehen Ihnen weitere Rechte zu. Nach § 27 LDSG ist Ihnen auf Antrag Auskunft zu erteilen u.a. über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und über den Zweck und die Rechtsgrundlage der Speicherung. Personenbezogene Daten sind nach § 28 LDSG zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind, und zu löschen, wenn ihre Speicherung unzulässig oder ihre Kenntnis für die datenverarbeitende Stelle zur Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich ist. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen nach § 29 LDSG das Recht zu, Einwand gegen die Verarbeitung Ihrer Daten im Allgemeinen oder gegen bestimmte Formen der Verarbeitung zu erheben. Nach § 30 LDSG ist die datenverarbeitende Stelle zu Schadenersatz verpflichtet, wenn einem Betroffenen durch eine unrichtige oder unzulässige Verarbeitung seiner Daten ein Schaden entsteht.

Zur Zahlbarmachung der Leistung werden Namen, Anschrift und Bankverbindung der Kreiskasse mitgeteilt.

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, Ansprüche, die Sie gegenüber anderen Leistungsträgern haben, im Rahmen der Kostenerstattung geltend zu machen. Ansprüche gegenüber unterhaltspflichtigen Angehörigen gehen kraft Gesetzes auf den Kreis Stormarn als Träger der Sozialhilfe über. Andere Ansprüche können auf den Sozialhilfeträger übergeleitet werden.

Eine Beteiligung Dritter in Ihrer Sozialhilfeangelegenheit ist bei entsprechenden Ansprüchen wie folgt vorgesehen:

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein oder andere Rentenversicherungsträger	Erstattungsanspruch auf Leistungen der Rentenversicherung
Krankenkasse	Erstattungsanspruch auf Leistungen der Krankenversicherung, Darlehen für Zuzahlungen
Pflegekasse	Erstattungsanspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung
Arbeitsagentur	Erstattungsanspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Konkursausfallgeld, Berufsausbildungsbeihilfe)
Arbeitsagentur	Abzweigung/Erstattungsanspruch Kindergeld
Arbeitsgemeinschaft	Erstattungsanspruch auf Leistungen nach dem SGB II
Wohngeldstelle	Erstattungsanspruch Wohngeld
Amt für Ausbildungsförderung / Studentenwerk	Erstattungsanspruch auf Leistungen nach dem BAföG
Unterhaltsvorschusskasse	Erstattungsanspruch Unterhaltsvorschuss
Beihilfestelle	Überleitung beamtenrechtlicher Beihilfeansprüche
Unterhaltspflichtige	Geltendmachung des Unterhaltsanspruchs

Nach § 118 SGB XII können die dort genannten Daten der Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs mit den Daten anderer Sozialhilfeträger oder anderer Sozialleistungsträger, wie Arbeitsagentur, Unfall- oder Rentenversicherungsträgern, oder dem Bundesamt für Finanzen, aber auch anderen kommunalen Dienststellen, wie z.B. Einwohnermeldeamt und Straßenverkehrsamt, abgeglichen werden.

Andere Stellen werden bei Bedarf beteiligt. Dies können z.B. der Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt), der Fachdienst Jugend, Schule und Kultur (Schulamt / Allgemeiner Sozialdienst) oder die Geschäftsstelle des Gutachterausschusses für Grundstückswerte sein.

Nach §§ 121 ff SGB XII ist zur Beurteilung der Auswirkungen dieses Buches und zu seiner Fortentwicklung eine Bundesstatistik zu führen. Die Erhebungsmerkmale ergeben sich aus § 122 SGB XII.