



Ausfüllhinweise zum Antrag auf Sozialhilfe/Eingliederungshilfe

Hauptantrag (H)

Der vollständige Antrag auf Sozialhilfe/ Eingliederungshilfe besteht aus

1. einem Hauptbogen (H) sowie
2. den auf der letzten Seite des Hauptbogens vermerkten Anlagen.

Bitte füllen Sie bei Anträgen auf unterschiedliche Leistungen die Zusatzbögen auch dann vollständig aus, wenn sich Fragen überschneiden sollten!

Bitte alle Fragen beantworten bzw. „ja“ oder „nein“ ankreuzen.

Sofern bei einzelnen Punkten des Antrages nicht genügend Platz vorhanden sein sollte, verwenden Sie bitte **ein Zusatzblatt** und **kennzeichnen** es mit der entsprechenden Abschnittsüberschrift, z.B. „Persönliche Verhältnisse - Stammdaten“.

Alle Angaben sind durch **geeignete Nachweise** zu belegen! Anlagen sind dem Antrag beizufügen oder persönlich zur Einsichtnahme vorzulegen.

Um über Ihren Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), die Datenverarbeitung nach § 67b SGB X.

ACHTUNG:

Die grau hinterlegte Spalte wird nur für hausinterne Zwecke benötigt. Streichungen sind nicht ausreichend und führen zu zeitintensiven und verfahrensverzögernden Nachfragen!

Termin zur Rückgabe: _____ (2 Wochen)

Sofern Sie diesen Termin nicht einhalten können, kontaktieren Sie uns bitte zur Vereinbarung einer möglichen Fristverlängerung!

Servicetelefon: 03843/755-50999

Landkreis Rostock Der Landrat Außenstelle Bad Doberan Sozialamt August-Bebel-Str. 3 18209 Bad Doberan www.landkreis-rostock.de	Sachbearbeiter/in:	Aktenzeichen/Org.:
	ausgegeben am:	eingegangen am:

Antrag auf Sozialhilfe / Eingliederungshilfe - Hauptbogen (H)

Beantragt wird (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)
- Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Zusatzblatt: „Beratungs- unter Unterstützungsangebot für Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 106 SGB IX“ zwingend mit einzureichen!

I. Persönliche Verhältnisse - Stammdaten		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Anrede	Vorname	Antragsteller hat sich ausgewiesen durch
Familienname	Geburtsname (falls abweichend)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Personalausweis
Geburtsort/-kreis	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Reisepass
Geburtsland	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B.: elektronischer Aufenthaltstitel)
Aufenthaltsstatus		Gültig bis _____
Straße/ Hausnummer/ Zusatz		AZR-Nummer _____
Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil		Personenkennnummer (bei rumänischen und bulgarischen Staatsbürgern)
Telefon/Handy	E-Mail	Datum, Unterschrift SB

<p>Familienstand</p> <p><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden</p> <p><input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Heiratsurkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Scheidungsurkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Sterbeurkunde</p>
<p>Beschäftigungsstatus</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> berentet</p> <p>seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> berufstätig seit: _____</p> <p>bei (Name, Anschrift): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag</p> <p><input type="checkbox"/> aktueller ALG I-/Bürgergeld-Bescheid</p> <p><input type="checkbox"/> aktueller Rentenbescheid</p>
<p>Schwerbehinderung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja, laut Bescheid gültig bis: _____</p> <p>Falls ja, Merkzeichen <input type="checkbox"/> G/ aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H</p>	<p><input type="checkbox"/> Schwerbehinderten-ausweis/ Feststellungs-bescheid</p>
<p>Besteht ein Pflegegrad?</p> <p>Ja, ich habe Pflegegrad: _____</p> <p>Laut Bescheid der Pflegekasse vom: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Gutachten MD</p> <p><input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegekasse</p>
<p>II. Antragsbegehren/-begründung (<u>zwingend auszufüllen</u>)</p>	
<p>III. Betreuer/ Bevollmächtigter</p>	<p>Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!</p>
<p>Name, Vorname</p>	<p><input type="checkbox"/> Betreuerausweis ODER Bestellungsurkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Vollmacht</p>
<p>Straße/ Hausnummer</p>	
<p>Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil</p>	
<p>Telefon/Handy</p>	

E-Mail	
--------	--

IV. Weitere persönliche Verhältnisse	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!																											
<p>Leben weitere Personen mit Ihnen im Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Erzielen diese Personen Einkommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, füllen Sie den Bogen (A) Angehörige aus.</p> <p>Namen der Angehörigen, die mit Ihnen in einem Haushalt leben:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Name, Vorname</th> <th style="width: 17%;">Geburtsdatum</th> <th style="width: 50%;">Verwandtschaftsverhältnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis																									<p><input type="checkbox"/> Bogen (A) für jeden Angehörigen, <u>der mit Ihnen in einem Haushalt lebt und eigenes Einkommen erzielt</u></p>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis																										
<p>Haben Sie Angehörige, die außerhalb Ihres Haushalts leben? <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, füllen Sie die Anlage zu Angehörigen außerhalb des Haushaltes aus.</p>																												
<p>Leben Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung in einer stationären Einrichtung, besonderen Wohnform oder einer JVA? <input type="checkbox"/> ja, kein Verlassen geplant <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aber ein Verlassen steht an zum: _____ <input type="checkbox"/> ja, aber ein Wechsel steht kurzfristig an: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Anschrift der letzten Wohnung vor erstmaliger Aufnahme <input type="checkbox"/> Anschrift neue Wohnung/ Einrichtung</p>																											
<p>Sind Sie innerhalb der letzten drei Monate umgezogen oder planen Sie einen Umzug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Anschrift vor Umzug:</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Datum des Umzugs <input type="checkbox"/> Nennung des Ausgangs-/ Ziel-Ortes</p>																											

--	--

V. Leistungen/Ansprüche	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
<p>Wurden bereits Leistungen der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe bezogen? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ja, zuletzt vom _____ bis _____</p> <p>Behörde: _____</p> <p>Welche Leistung(en): _____</p>	
<p>Wird/wurde Bürgergeld bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ja, zuletzt vom _____ bis _____</p> <p>Jobcenter: _____</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen durch ein Jugendamt, z.B. Hilfe zur Erziehung etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Wird eine Fördergruppe besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wird eine Tagesstätte besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Besteht eine Kranken- und Pflegeversicherung (gesetzlich/freiwillig) bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, etc.)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche? _____</p> <p>KV-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen durch eine <u>gesetzliche</u> Krankenkasse, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Besteht eine private Kranken- und Pflegeversicherung ODER Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche? _____</p> <p>KV-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen durch eine private Krankenversicherung, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	

<input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine Pflegekasse, z.B. Pflegegeld, Sachleistungen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Werden oder wurden Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung oder Altersvorsorge der Landwirte eingezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Werden oder wurden Beiträge für Versorgungswerke oder private Rentenversicherungsverträge entrichtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erhalten Sie Leistungen aus der gesetzlichen/privaten Rentenversicherung, z.B. Renten, Sachleistungen, Assistenzen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist der Antrag auf Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeleistungen aufgrund eines Unfalls notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie einen Impfschaden erlitten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erhalten Sie Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Leistungen nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (z.B. SED-Opferrente)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Berufsausbildungsbeihilfe oder BAföG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>

Erhalten Sie Unterhaltsvorschuss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Kindergeld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Wohngeld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Bestehen Unterhaltstitel oder wird Unterhalt geleistet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Gerichtl. o. sonst. Unterhaltstitel
Erhalten Sie Leistungen durch die Bundesagentur für Arbeit, z.B. ALG I, Fördermaßnahmen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine Unfallkasse/ Berufsgenossenschaft, z.B. Bezüge, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch ein Integrations-/Inklusionsamt, z.B. Assistenzleistungen, Hilfsmittel, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/> Beitragsbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag
Erhalten Sie andere, bisher nicht aufgeführte Leistungen, haben Sie solche beantragt oder sind Sie der Auffassung, dass diese Ihnen zustehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/> Konkrete Benennung und Begründung auf gesondertem Blatt

VI. Angaben zum Einkommen		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Nichtselbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Steuererklärung des Vorjahres UND des Vorvorjahres <input type="checkbox"/> ausgefüllter Bogen ES <input type="checkbox"/> Gehaltsnachweise der letzten 12 Monate, lückenlos <input type="checkbox"/> Konkrete Benennung sonstiger Einkünfte auf gesondertem Blatt	
Selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Rente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Andere: _____		

Grundrentenzeiten erfüllt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nachweis Grundrentenzeiten
Arbeitsbereich Werkstatt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Außenarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pensionen/ Ruhegelder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Land-/ Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermietung/ Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Steuererstattungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Einkünfte und geldwerte Vorteile	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zinsen, Dividenden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

VII. Absetzungen vom Einkommen		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Beitrag Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jeweils letzte/ aktuelle Beitragsbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag
Beitrag Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Werden Beiträge für Sterbegeldversicherungen/-vorsorgeverträge entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aufwendungen für Arbeitsmittel (inklusive Arbeitsbekleidung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, konkrete Benennung auf gesondertem Blatt!		
Fahrkosten zur Arbeitsstätte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Distanz in km zwischen Wohnung und Arbeitsstätte _____		
Anzahl der Tage pro Woche, an denen diese Strecke zurückgelegt wird _____		
Mit welchem Verkehrsmittel/ Mitfahrgelegenheit wird der Weg zur Arbeit bewältigt? _____		
Beiträge zu Berufsverbänden / Gewerkschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige notwendige Ausgaben für die Erzielung von Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Konkrete Benennung und Begründung auf gesondertem Blatt

VIII. Vermögensauskunft	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Bargeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, aktueller Stand: _____	<input type="checkbox"/> Selbstauskunft auf gesondertem Blatt: - Summe vorhandenes Bargeld, - lückenlose Aufstellung aller Sachwerte, - lückenlose Aufstellung aller Konten, Wert-papiere / Sparbücher. <input type="checkbox"/> Girokontoauszüge der letzten 3 Monate (lückenlos) <input type="checkbox"/> Sparbuchauszüge der letzten 10 Jahre (lückenlos)
Sachwerte (Schmuck, Antiquitäten, Edelmetalle, Münzen, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, was/Wert: _____	
Girokonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ 2. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ Bei weiteren Konten bitte Extrablatt verwenden!	
Sparkonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ 2. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ Bei weiteren Konten bitte Extrablatt verwenden!	
Sparbücher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wie viele: _____ aktuelle Stände: _____	
Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sparverträge, Bausparverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungen (z.B. Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Rückkaufswert(e): _____	
Bestattungsvorsorgeverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Hinweise zur Anforderung von Kontoauszügen

Im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflichten werden lückenlose Kontoauszüge der letzten drei Monate bei einem Erstantrag und einem Folgeantrag von jedem Konto, das von Mitgliedern Ihrer Bedarfsgemeinschaft geführt wird, benötigt. Im Einzelfall können aber auch ältere Kontoauszüge bzw. Kontoauszüge über einen längeren Zeitraum benötigt werden.

Sie haben die Möglichkeit, aus Datenschutzgründen Empfänger und Verwendungszweck bestimmter Sollbuchungen zu schwärzen.

Bitte schwärzen Sie, in Ihrem eigenen Interesse, nicht Ihre Originalkontoauszüge, sondern nur die von Ihnen gefertigten Kopien, da die Originalkontoauszüge unter Umständen sonst ihre Beweiskraft verlieren.

Die Originalkontoauszüge stellen Beweisunterlagen dar, die Ihre Hilfebedürftigkeit nachweisen. Sie sind daher verpflichtet, alle Kontoauszüge – auch die bereits vorgelegten – aufzubewahren, um diese dem Sozialamt des Landkreises Rostock für spätere Nachweiszwecke gegebenenfalls erneut vorlegen zu können.

Wichtig ist, dass Sie die Originale stets vollständig zur Antragsabgabe mitbringen bzw. vorlegen.

Damit Sie keine für die Antragbearbeitung erheblichen Daten schwärzen, richten Sie sich bitte nach den folgenden Schwärzungsregeln:

1. Haben-Buchungen (Einnahmen):

Einnahmen des Kontoinhabers dürfen vorab nicht geschwärzt werden, da grundsätzlich das gesamte Einkommen bei der Leistungsgewährung zu berücksichtigen ist.

Das Schwärzen von Haben-Buchungen kann zu einer Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäß § 60 Abs. 1 SGB I führen, da nach §§ 82 bis 84 SGB XII grundsätzlich das gesamte Einkommen bei der Leistungsgewährung zu berücksichtigen ist.

2. Soll-Buchungen (Ausgaben/Abbuchungen):

Die aufgeführten Buchungstexte der Abbuchungen mit Beträgen bis zu 50 EUR können in der Regel durch Sie geschwärzt werden. **Der Betrag selbst muss sichtbar bleiben.** Bei Ausgaben, zu denen Sie im Antragsvordruck befragt wurden, z.B. Einzahlung in eine kapitalbildende Lebensversicherung, Bau-sparvertragseinzahlungen usw., ist eine Schwärzung auch bei geringeren Beträgen **unzulässig**.

Bei Abbuchungen mit Beträgen über 50 EUR darf eine Schwärzung nicht vorgenommen werden.

Nicht schwärzen dürfen Sie sämtliche Angaben zu Kontoständen und alle Soll-Buchungen, die von diesem Gesetz betroffen sind (Mietzahlungen, Heizkosten, Stromzahlungen, Unterhaltszahlungen, Versicherungsbeiträge usw.)

Schwärzungen können unabhängig vom Betrag grundsätzlich dann vorgenommen werden, wenn die Texte Angaben über besonders geschützte Daten im Sinne des § 67 Abs. 12 SGB X (ethnische Herkunft, politische Meinung, religiöse oder philosophische Überzeugung, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben) enthalten. Der Text „Mitgliedsbeitrag“ oder „Spende“ sollte lesbar bleiben, um Missverständnisse zu vermeiden.

Sollten Sie selbständig tätig sein, ist die Schwärzung der Betriebsausgaben nicht möglich.

Wenn Sie unsicher sind, ob in Ihrem Fall eine Schwärzung zulässig ist, beraten Sie die Mitarbeitenden des Sozialamtes gerne.

IX. Schlusserklärungen, Unterschriften

Datenschutz (bitte gesondert unterschreiben!)

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. Sofern von einem anderen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, werden die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger angefordert. Vorstehende Ausführungen gelten auch für Erbringer von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II - SGB II und andere Rehabilitations- sowie Sozialleistungsträger.

Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträgers bzw. des Erbringers von Leistungen nach dem SGB II oder von Rehabilitations- bzw. Sozialleistungen ärztliche Berichte/ Gutachten/ Befunde oder Einkommens- oder Vermögens bzw. sonstige Nachweise befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, **so erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten Träger diese an den zuständigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger weiterleiten dürfen.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/ Sorgeberechtigter 1

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in/ Lebensgefährte/ Sorgeberechtigter 2

Die allgemeinen Informationen nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) stehen Ihnen unter folgendem Link auf der Internetseite des Landkreises Rostock zur Verfügung:

https://www.landkreis-rostock.de/de/datei/download/id/70416,1295/informationsblatt_art.13_amt_50.pdf

Auf Wunsch werden Ihnen diese auch in Papierform zur Verfügung gestellt.

Erklärung zur Wahrheit der getätigten Angaben

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen auch Kontodaten beim Bundesamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Abs. 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden können.

Erklärung zu Mitwirkungspflichten

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass mir bekannt ist, 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.

Erklärung Kenntnisnahme Merkblätter in der Anlage,

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich die als Anlagen beigefügten Merkblätter zur Mitwirkungspflicht und Strafbarkeit falscher Angaben zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift Aufnehmende/-r

Folgende Anlagen sind dem Hauptantrag zugefügt:

- Bogen Angehörige (A) - bitte für jeden Angehörigen, der mit Ihnen in einem Haushalt lebt und eigenes Einkommen erzielt, sowie jeden Mit Antragsteller (insb. Ehegatten/ Lebenspartner) ausfllen
- Bogen Vermieterbescheinigung (VB)
- Angehörige außerhalb des Haushaltes
- Aufwendungen für Unterkunft und Heizung
- Schweigepflichtentbindung
- Angaben für das im Haushalt befindliche KFZ
- Einwilligung zur Übermittlung des MDK-Gutachtens
- Notwendigkeit der Pflegeheimunterbringung