



Ausfüllhinweise zum Antrag auf Sozialhilfe/Eingliederungshilfe

Bogen (A) - Angehörige

Der vorliegende Bogen (A) dient der Erfassung Ihrer Angehörigen, die mit Ihnen in einem Haushalt leben und eigenes Einkommen erzielen sowie jeden Mitantragsteller (insb. Ehegatten/ Lebenspartner). Eine vollständige Benennung des Familienstandes ist für eine korrekte Ermittlung Ihres Bedarfes **zwingend** notwendig.

Entscheidend ist insbesondere die Frage, ob Sie mit Ihrem/Ihren Angehörigen **in einem Haushalt leben** (II./1.). Dies ist dann der Fall, wenn Sie und Ihr Angehöriger Räume gemeinsam nutzen, wesentliche Bestandteile des täglichen Lebens gemeinsam erledigt bzw. verantwortet werden und davon ausgegangen werden kann, dass Einkommen und Vermögen wechselseitig verwendet wird.

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“.

Die **notwendigen Nachweise** entnehmen Sie bitte der grau unterlegten Spalte auf jeder Seite des Bogens. Legen Sie diese bitte dem ausgefüllten Antrag im Original anbei oder legen Sie die Nachweise bei einer persönlichen Vorsprache zur Einsichtnahme vor.

Um über Ihren Sozialhilfeantrag 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!

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	Sachbearbeiter/in: 	Aktenzeichen/Org.: /
	ausgegeben am: 	eingegangen am:

Antrag auf Sozialhilfe / Eingliederungshilfe Angehörige (A)

Name, Vorname des Hauptantragstellers <hr/>	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
I. Persönliche Verhältnisse – Angehöriger	
Name, Vorname des Angehörigen <hr/>	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Personalausweis, Reisepass, sonstiges gültiges Lichtbilddokument
Geburtsdatum <hr/>	
Straße/ Hausnummer/ Zusatz <hr/>	
Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil <hr/>	
Telefon/ Handy und E-Mail <hr/>	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere _____ Welcher Aufenthaltsstatus?	<input type="checkbox"/> bei „andere:“ gültiges Lichtbilddokument, insbesondere Fiktionsbescheinigung <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit:	<input type="checkbox"/> Heiratsurkunde <input type="checkbox"/> Scheidungsurkunde <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde
Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, laut Bescheid gültig bis: _____ Falls ja, Merkzeichen <input type="checkbox"/> G/ aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis/ Feststellungsbescheid

Wird eine Fördergruppe besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wird eine Tagesstätte besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Kranken- und Pflegeversicherung (gesetzlich/freiwillig) bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, etc.) <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Welche? _____	
KV-Nr.: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine <u>gesetzliche</u> Krankenkasse, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Besteht eine private Kranken- und Pflegeversicherung ODER Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> ja	
Welche? _____	
KV-Nr.: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine private Krankenversicherung, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<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"/>
<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	<input type="checkbox"/>
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"/>
<input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Ist der Antrag auf Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeleistungen aufgrund eines Unfalls notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>

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: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
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: _____	<input type="checkbox"/>
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
---	--

IV. Angaben zum Einkommen – Angehöriger	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"/> Erwerbsunfähigkeits-/minderungsrente <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Andere: _____	
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	

V. Absetzungen vom Einkommen – Angehöriger	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 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? _____		<input type="checkbox"/>
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

VI. Vermögensauskunft – Angehöriger		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, Wertpapiere / Sparbücher. <input type="checkbox"/> Girokontoauszüge der letzten 3 Monate (lückenlos) <input type="checkbox"/> Sparkontoauszüge der letzten 3 Monate (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: _____		<input type="checkbox"/> Sparbuchauszüge der letzten 10 Jahre (lückenlos)
Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sparverträge, Bausparverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Bauspar-/Versicherungsverträge
Versicherungen (z.B. Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Rückkaufswert(e): _____		<input type="checkbox"/> vollständige Policen
Bestattungsvorsorgeverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welches Bestattungshaus: _____		<input type="checkbox"/> vollständiger Vertrag
Kraftfahrzeug(e) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, aktueller Wert: _____ Bitte Angaben für das im Haushalt befindliche KFZ ausfüllen		<input type="checkbox"/> Zulassung Teil II, km-Stand
Häuser, Grundstücke, Erbbau- und Wohnrechte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Notarieller Vertrag <input type="checkbox"/> Grundbuchauszüge
Sonstige Vermögenswerte (z.B. Mietkautionen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Konkrete Benennung des Vermögens inkl. Wert unter „Bemerkungen/Erklärungen zu einzelnen Angaben“		<input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Konkrete Benennung des verschenkten Vermögens, der Beschenkten und des Zeitraumes unter „Bemerkungen/Erklärungen zu einzelnen Angaben“		

Bemerkungen/ Erklärungen zu einzelnen Angaben:

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, Bausparvertragseinzahlungen 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:
Informationen nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

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.

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