

Eingang:	Antrag auf Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)	Az.: <u>Seite 1</u>
	<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Hilfe nach Kapitel 5, 7-9 SGB XII und zwar in Form von <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <small>(z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)</small>	

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die datenerhebende Stelle.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen – bei mehr als zwei Personen bitte unter Punkt 2. bzw. auf gesonderten Blatt ergänzen

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (eingetragen) <input type="checkbox"/> Partnerschaft in eheähnlicher oder in lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft
Name		
Vorname		
Ggf. Geburtsname		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon und E-Mail-Adresse)		
Geburtsdatum und -ort		
Bürger-Identifikations-Nr./ Steuer-ID		
Rentenversicherungs-Nr.		
Postabrechnungs-Nr.		

1. Person

2. Person

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer(in) Einreise in die BRD am: <input type="checkbox"/> Kriegs-oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Sonstiger Status:	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer(in) Einreise in die BRD am: <input type="checkbox"/> Kriegs-oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Sonstiger Status:
Planen Sie in den kommenden 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von vier aufeinander folgenden Wochen oder länger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ab wann und wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ab wann und wie lange?
Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Verpflichtungserklärung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Verpflichtungserklärung:
Wurde ein(e) gesetzliche(r) Betreuer(in) bestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Kopie der Bestellungsurkunde beifügen Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Kopie der Bestellungsurkunde beifügen Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson:

	1. Person	2. Person
Leben Sie in einer besonderen Wohnform (vormals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?
Leben Sie in einer Wohnung und beziehen Sie ambulante Leistungen, z. B. Teilhabe, Pflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Pflegeheim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie vor der Aufnahme in die Einrichtung gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Grundsicherungsleistungen erhalten (SGB II oder SGB XII)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? von wann bis wann (Monat/ Jahr)? von: bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? von wann bis wann (Monat/ Jahr)? von: bis:

2. Familienverhältnisse

Außer der nachfragenden Person und seinem Ehegatten/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft/ Lebenspartner leben noch im gemeinsamen Haushalt: z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte (Bei mehr als 4 Personen bitte Beiblatt verwenden.)

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Familienstand				

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtlicher Status				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. WfbM, Tagesstätte)				
Verwandtschaftsverhältnis zu Antragsteller/in 1 Antragsteller/in 2	zu A1: zu A2:	zu A1: zu A2:	zu A1: zu A2:	zu A1: zu A2:

3. Unterhalt

nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:

<p>Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?</p>	<p>Elternteil 1:</p> <p>Elternteil 2:</p> <p>Kind 1:</p> <p>Kind 2:</p> <p>Weitere Kinder:</p>	<p>Elternteil 1:</p> <p>Elternteil 2:</p> <p>Kind 1:</p> <p>Kind 2:</p> <p>Weitere Kinder:</p>
<p>Können Sie sich vorstellen, dass eine der genannten Personen ein jährliches Einkommen von oder über 100.000 Euro hat?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja, welche Person?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja, welche Person?</p>

<p>Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennlebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, Grund:</p> <p><input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert</p> <p>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, Grund:</p> <p><input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert</p> <p>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</p>
---	---	---

Falls ja: Familiename, Vorname des getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
jährliches Einkommen in EUR des/der getrenntlebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin		

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

Sofern Sie in einer „**besonderen Wohnform**“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben, füllen Sie bitte **weiter ab 4.4.** aus.

4.1 Bedarfe für die Unterkunft - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/ einem Haus leben! –

Anzahl der Personen im Haushalt:	Wohnfläche (qm):	Baujahr des Hauses:	Anzahl der Räume:
Sind Sie: <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Untermieter/in <input type="checkbox"/> Nießbrauchberechtigte/r <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer/in (siehe 4.3.) <input type="checkbox"/> Sie haben freies Wohnrecht <input type="checkbox"/> Hauseigentümer/in (siehe 4.3.)		Falls Sie nicht Hauptmieter der Wohnung sind, Name und Anschrift des Hauptmieters:	
Leben Sie mit anderen Personen in einer Wohnung (Wohngemeinschaft)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kosten der Unterkunft (monatlich)			
Kaltmiete	EUR		
Nebenkosten (ohne Heizung)	EUR		
Gesamtkosten der Unterkunft (Bruttokaltmiete)	EUR		
In den oben genannten Beträgen der Kosten der Unterkunft sind enthalten			

Kosten für Haushaltsstrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für Warmwasserbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für Schönheitsreparaturen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für den Fernsehempfang über Kabel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Kosten für Möblierung/Teilmöblierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR

4.2 Bedarfe für die Heizung - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung/einem Haus leben! –

Höhe der monatlichen Heizkosten	EUR
Energieart: <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich	
Die Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral oder <input type="checkbox"/> dezentral (z.B. „Boiler“)
Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z.B. Durchlauferhitzer/Boiler) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wie hoch sind die erfassten Kosten?

4.3 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!

4.4. Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die in einer „**besonderen Wohnform**“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben! –

Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum	<input type="checkbox"/> 1 Person <input type="checkbox"/> 2 Personen
Gesamtkosten der Unterkunft (Bruttowarmmiete)	EUR
davon Grundmiete:	EUR
Zuschläge insgesamt:	EUR
Zuschlag für Möblierung des persönlichen Wohnraums	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Wohn- und Wohnnebenkosten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Haushaltsstrom, die Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten Und den Gemeinschaftsräumen und für die Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR
Zuschlag für Gebühren für Kommunikation und den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, Höhe: EUR

Die Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral oder <input type="checkbox"/> dezentral (z.B. „Boiler“)
Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z.B. Durchlauferhitzer/Boiler) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, wie hoch ist der zu zahlende Abschlag? EUR
Hinweise zu Besonderheiten der Einrichtung und zu den Unterkunftskosten	(Bitte lassen Sie sich ggf. beraten!)

4.5 Mehrbedarf

	1. Person	2. Person
Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor? (Ggf. Kopie des Feststellungsbescheids beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am
	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Voraussichtlicher Entbindungstermin:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Voraussichtlicher Entbindungstermin:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigeren Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen
Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche (sofern ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht ist dieser vorzulegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche (sofern ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht ist dieser vorzulegen)

4.6 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

	1. Person	2. Person
Wo sind Sie kranken- bzw. pflegeversichert?	Name der Krankenkasse: Mitglied seit: Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung	Name der Krankenkasse: Mitglied seit: Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung
KV-Mitgliedsnummer		
Höhe des mtl. Beitrags	Euro	Euro
Haben Sie eine ausländische Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift
Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?	Name der Krankenkasse: Mitglied von bis	Name der Krankenkasse: Mitglied von bis

5. Einkommen

(Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!) (z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

5.1 Renteneinkommen

Einkommensart/ Leistung	1. Person		2. Person	
	Ich erhalte Renten- oder Pensionszahlungen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Pension o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls ja,	Bezeichnung/ Rentenart	Mtl. Betrag in Euro	Bezeichnung/ Rentenart	Mtl. Betrag in Euro
		(brutto) (netto)		(brutto) (netto)
		(brutto) (netto)		(brutto) (netto)
		(brutto) (netto)		(brutto) (netto)

Einkommensart/ Leistung			Monatlicher Betrag in Euro			Monatlicher Betrag in Euro
	Betriebsrente/Werksrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(brutto) (netto)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ausländische Renten/ Pensionen oder Renten- ansprüche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(brutto) (netto)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(brutto) (netto)

Einkommensart/ Leistung	1. Person	2. Person
Ich habe eine Rente beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei Versicherungs-Nr.: Welche Rente wurde beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei Versicherungs-Nr.: Welche Rente wurde beantragt?
Ich habe einen Antrag auf Anerkennung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Falls ja, am bei
Ich habe freiwillige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung/betriebliche Altersvorsorge eingezahlt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Nachweise beifügen
Ich habe im Ausland gearbeitet und es wurden Beiträge in die dortige Rentenkasse abgeführt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und des Zeitraums (ggf. Extrablatt nutzen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und des Zeitraums (ggf. Extrablatt nutzen)
Ich bin einer Erwerbstätigkeit im Ausland ohne Beiträge in die Rentenkasse zu zahlen nachgegangen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, sind die kompletten Arbeitsverläufe inkl. Nachweise (u.a. Arbeitsverträge) auf der letzten Seite dieses Antrages darzulegen (inkl. genauer Zeitangaben der Tätigkeit und Höhe des Verdienstes beim jeweiligen Arbeitgeber).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, sind die kompletten Arbeitsverläufe inkl. Nachweise (u.a. Arbeitsverträge) auf der letzten Seite dieses Antrages darzulegen (inkl. genauer Zeitangaben der Tätigkeit und Höhe des Verdienstes beim jeweiligen Arbeitgeber).
Ich erhalte einen Grundrentenzuschlag.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Nachweise beifügen

5.2 Andere Einkommensarten

Einkommensart/ Leistung	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatlicher Betrag in Euro	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatlicher Betrag in Euro
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Mini-/Midijob, Ausbildungsvergütung), ehrenamtliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Entgelt der WfbM	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert		<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert	
Sonstige Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wohngeld / Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen			Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen		
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der Grundversicherung für Arbeitssuchende (Bürgergeld nach dem SGB II)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Antrag auf Leistungen der Sozialhilfe

1. Person

monat. Betrag in EUR

2. Person

monatl. Betrag in EUR

Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wird das Kindergeld an die Kinder weitergeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Elterngeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern (z.B. Eingliederungshilfe, Blindenhilfe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen			Falls ja bitte entsprechende Unterlagen /Nachweise dem Antrag beifügen bzw. nachreichen		
Sonstige Einkünfte aus dem In- und/oder Ausland	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5 berücksichtigt)
(Bitte Nachweise beifügen!)**

Ausgaben	1. Person			2. Person		
			Monatlicher Betrag in Euro			Monatlicher Betrag in Euro
Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Kasko)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beiträge für Berufsverbände, Gewerkschaften, Sozialverbände o.ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kosten für öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	Entfernung in km:			Entfernung in km:		
bei Nutzung eines Kfz	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa			<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa		

7. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland (Bitte Nachweise beifügen!)

Art des Vermögens	1. Person		Betrag/Wert	2. Person		Betrag/Wert
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Kontoguthaben (z.B. Onlinekonten wie „PayPal“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wertpapiere / Aktien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schmuck oder Edelmetalle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges Vermögen im In- und/oder Ausland	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Fällig am	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Fällig am
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente, Rürup-Rente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige nicht gesetzliche (private) Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Aktueller Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	Aktueller Rückkaufswert
Kapital- oder Risikolebensversicherungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen	Baujahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen	Baujahr:
			Modell:			Modell:
		Kilometerstand	Typ:		Kilometerstand	Typ:

	1. Person			2. Person		
		Bezeichnung der Forderung	Höhe der Forderung		Bezeichnung der Forderung	Höhe der Forderung
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

	1. Person			2. Person		
			Anmerkung			Anmerkung
Hauseigentum bzw. Wohneigentum (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiger Grundbesitz (bitte entsprechende Unterlagen/ Nachweise zu Wert, Größe und Lage des Grundstücks beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ansprüche aus Erbschaft (ggf. auch späterer Erhalt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

8. Vermögensübertragungen

	1. Person	2. Person
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge, Löschung von Nießbrauch und Wohnrechten)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?

9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

	1. Person	2. Person
Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Anschrift der Einrichtung
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie jemals im Ausland gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Zeitraum: Wohnort: Waren Sie erwerbstätig? (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Zeitraum: Wohnort: Waren Sie erwerbstätig? (Bitte machen Sie Angaben zur Zeit der Erwerbstätigkeit und zum Arbeitgeber)

10. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Bankverbindung	
Name, Vorname des Kontoinhabers	
IBAN	
BIC	
Name und Sitz des Geldinstituts	
Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto (P-Konto)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

11. Begründung des Antrags und weitere Hinweise

Erklärung

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 3. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGB X, § 103 SGB XII). Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Datum

1. Person Unterschrift

Datum

2. Person Unterschrift

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

Datum

Unterschrift des Aufnehmenden

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde:

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit.
Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt. (Bei Verneinung der Notlage bitte nähere Begründung auf Beiblatt)

Ort, Datum

Mit _____ Anlagen an
die Stadt/das Landratsamt/den Bezirk

I.A.

Anlage 1 zum Sozialhilfeantrag
VERMÖGENSERKLÄRUNG
von

_____, geb. am _____
(Antragsteller/in 1)

_____, geb. am _____
(Antragsteller/in 2 bzw. Ehegatte/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft/
Eltern, wenn Antragsteller/-in ein minderjähriges Kind ist)

Wer Leistungen der Sozialhilfe beantragt, ist verpflichtet, die nachfolgende Erklärung über sein Vermögen, das Vermögen des Ehegatten/Lebenspartners/Partners der eheähnlichen Gemeinschaft und das Vermögen der minderjährigen Kinder wahrheitsgemäß und vollständig abzugeben.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei unrichtigen bzw. unvollständigen Angaben mit der Rückzahlung der Sozialhilfeleistungen und mit Strafverfolgung wegen Leistungsbetruges zu rechnen ist.

Ich/Wir habe/n folgendes Vermögen:

(Hat der Antragsteller einen vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuer, ist die Erklärung vom Betreuer zu erstellen und zu unterschreiben)

Bargeld

ja _____ EUR nein

Girokonten

ja _____ nein
Bank Kontoinhaber Kontostand
IBAN BIC
(falls weitere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Sparbücher / Sparkonten (jeglicher Art)

ja _____ nein
Sparkonto-Nr. Bank Inhaber Kontostand
Sparkonto-Nr. Bank Inhaber Kontostand
(falls weitere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Ratensparverträge (auch Rentensparverträge und vermögenswirksame Leistungen)

ja _____ nein
Sparvertrag-Nr. Bank Sparvertragsinhaber Kontostand
(falls mehrere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Festgeldkonto / Tagesgeldkonto (jeglicher Art)

ja _____ nein
Kto.-Nr. Bank Kontoinhaber Kontostand
(falls mehrere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Wertpapierdepot für Aktien, Anleihen, Fonds, usw.

ja _____ nein
Depot-Nr. Gesellschaft Depotinhaber aktueller Wert
(falls mehrere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Bausparvertrag

ja _____ nein
Vertrag-Nr. Bausparkasse Kontostand
(falls mehrere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Lebensversicherung, Rentenversicherung, Sterbegeldversicherung, sonstige Kapitalversicherung

ja _____ nein
Art Versicherungsgesellschaft
(falls mehrere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten eines/-n der genannten Konten oder Verträge aufgelöst?

ja _____ Datum _____ Entnahmebetrag _____ nein
Konto/Vertrag (falls mehrere, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Kontobewegungen über 1.000 EUR getätigt?

ja _____ Datum _____ Entnahmebetrag _____ nein
Konto/Vertrag
Konto/Vertrag (falls mehrere, bitte auf eigenem Blatt ergänzen) Datum Entnahmebetrag

Sonstige Vermögenswerte (z. B. Genossenschaftsanteile, Wertpapiere, Schmuck, Gemälde, Münzen, Antiquitäten usw.)

ja _____ Wert _____ nein
Art (falls weitere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Häuser, Eigentumswohnungen und Grundstücke, auch im Ausland

ja nein
O Einfamilienhaus O Zweifamilienhaus O Mehrfamilienhaus
O Eigentumswohnung O Nichtbebaute(s) Grundstück(e) O Gewerbegrundstücke
Grundstücksfläche: _____ qm Wohnfläche: _____ qm
Einheitswert: _____ € Baujahr: _____
Verkehrswert (Grundstücks- und Gebäudewert zusammen): _____ €
Das genannte Haus (Eigentumswohnung) wird von mir und meinen Angehörigen selbst bewohnt: O ja/ O nein

Kraftfahrzeug

ja nein
Amtl. Kennzeichen: _____ Erstzulassung: _____
Fahrzeughersteller u. - typ: _____
Derzeitiger Verkehrswert: _____ km-Stand: _____ PS: _____
Kurze Begründung für das Halten eines Kfz: _____
(falls mehrere vorhanden, bitte auf eigenem Blatt ergänzen)

Sonstiges Vermögen / Sonstige Angaben

Es wird hiermit ausdrücklich versichert, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift
Antragsteller/in 1/
(bei minderjähr. Kindern der/ die gesetzliche(n) Vertreter)

Unterschrift
Antragsteller/in 2 bzw. Ehegatte/Lebenspartner/
Partner der eheähnlichen Gemeinschaft

Wichtig: Alle Angaben sind mit den entsprechenden Nachweisen zu belegen (z.B. Sparbücher, Sparverträge, Versicherungspolicen, Bausparverträge, Übergabeverträge, Grundbuchauszüge, Kfz-Schein usw.). Bei Girokonten sind Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate vorzulegen. 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 Datenschutz-Grundverordnung) 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.

Datenschutzhinweise im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Antrags auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) von _____, geb. _____

(Name, Vorname Antragsteller-/in in Druckbuchstaben)

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist das Landratsamt Passau, Domplatz 11, 94032 Passau, Tel.: 0851/397-1, email: info@landkreis-passau.de.

Den behördlichen Datenschutzbeauftragten können Sie unter o.g. Adresse, via email unter datschutz@landkreis-passau.de oder telefonisch unter 0851/397-1771 erreichen.

Ihre Daten werden erhoben, um Ihren SGB-XII-Hilfeantrag zu bearbeiten sowie die laufende Leistungsgewährung abzuwickeln.

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind §§ 67 ff. SGB X (zur Erfüllung einer uns obliegenden Aufgabe).

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns weitergegeben an

- das Einwohnermelde- und Sozialamt Ihrer Wohnsitzgemeinde
- das Zentrum Bayern für Familie und Soziales sowie die Datenstelle der Deutschen Rentenversicherung
- die Kreiskasse am Landratsamt Passau

sowie weitere öffentliche Stellen, soweit sich im weiteren Verfahren ergibt, dass eine Weiterleitung der personenbezogenen Daten nach den geltenden Rechtsvorschriften erforderlich und zulässig ist.

Ihre Daten werden für die Dauer der Leistungsgewährung und darüber hinaus längstens 10 Jahre aufbewahrt.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).
- Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).
- Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Sie sind nach den Vorschriften Sozialgesetzbuches Zehntes Buch verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Das Landratsamt Passau benötigt Ihre Daten, um Ihren Antrag auf Leistungen bearbeiten und die laufende Leistungsgewährung abwickeln zu können. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, ist die Antragsbearbeitung und Leistungsgewährung nicht möglich.

Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift

Urschriftlich zurück an:

Landratsamt Passau
-Soziale Angelegenheiten-
Passauer Str. 39
94121 Salzweg