

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe	Von der Behörde auszufüllen!
Art der beantragten Hilfe: <input type="checkbox"/> Hilfen gem. 5. – 9. Kap. SGB XII, und zwar <input type="checkbox"/> häusliche Pflege, <input type="checkbox"/> Kurzzeit- / Verhinderungspflege, <input type="checkbox"/> Langzeitpflege <input type="checkbox"/> _____	Datum der Vordruckausgabe: _____ Datum des Antragseingangs: _____ Aktenzeichen des Kreises: _____ Der Hilfesuchende ¹ ist <input type="checkbox"/> Ausländer <input type="checkbox"/> Asylsuchender <input type="checkbox"/> Vertriebener / Flüchtling
Name und Ort des Pflegeheimes / der Einrichtung: _____	

I. Persönliche Angaben			
		a) Antragsteller/in (AS)	b) Ehegatte bzw. Lebensgefährte; bei minderjährigen unverheirateten Hilfesuchenden Angaben über die Eltern
1	Name, Geburtsname (ggf. auch frühere Namen)		
2	Vorname		
3	Geburtsdatum		
4	Geburtsort/Kreis/Land		
5	Adresse (Bei Heimunterbringung bitte die Adresse <u>v o r</u> Heimaufnahme, bei Heimwechsel bitte die Adresse vor erster Heimunterbringung eintragen.)		
6	Telefon-Nr.:		
7	E-Mail-Adresse:		
8	Staatsangehörigkeit		
9	Reisepass-Nr. / Ausweis-Nr.		
10	Vertriebener/Flüchtling	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → bitte Ausweis beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → bitte Ausweis beifügen!
11	Schwerbehindertenausweis (bitte in Kopie beifügen - Vor- und Rückseite)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja → MdE: _____ % Merkzeichen: _____ Landesamt für soziale Dienste: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja → MdE: _____ % Merkzeichen: _____ Landesamt für soziale Dienste: _____

¹ Die im Vordruck verwendeten Bezeichnungen für männliche Personen gelten ebenso für Personen anderen Geschlechts.

		a) Antragsteller/in (AS)	b) Ehegatte bzw. Lebensgefährte; bei minderjährigen unverheirateten Hilfesuchenden Angaben über die Eltern
12	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ Besteht Unterhaltsanspruch bzw. -verpflichtung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Scheidungsurteil, Regelung über Unterhalt, Sorgerecht beifügen)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ Besteht Unterhaltsanspruch bzw. -verpflichtung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Scheidungsurteil, Regelung über Unterhalt, Sorgerecht beifügen)
		frühere Ehegatten (soweit nicht oben unter I. b) angegeben) Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnort bzw. Sterbedatum _____ _____	
13	Betreuung bzw. Vollmacht (Vollmacht bzw. Bestallungsurkunde beifügen) Name, Vorname, Adresse, Tel.	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellter Betreuer _____ _____	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellter Betreuer _____ _____

II. Im Haushalt des AS lebende weitere Personen

	Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis zum AS.	vollständige Adresse	ausgeübter Beruf	Nur zu beantworten, falls Hilfe zur Pflege gem. 7. Kap. SGB XII in der Häuslichkeit des AS beantragt wird: Übernimmt die im Haushalt lebende Person Pflegeleistungen?
1						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :
2						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :
3						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :
4						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :

III. Außerhalb des Haushalts des AS lebende unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder, Eltern)

	Name, Vorname ggf. Geb.-Name	Geb.-datum	Verwandtschaftsverhältnis zum AS	vollständige Adresse	ausgeübter Beruf	Nur zu beantworten, falls Hilfe zur Pflege gem. 7. Kap. SGB XII in der Häuslichkeit des AS beantragt wird: Übernimmt die angehörige Person Pflegeleistungen?
1						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :
2						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :
3						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :
4						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :
5						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → wöchentl. Std.zahl :

IV. Falls der AS a) ein nichteheliches Kind ist oder b) nichteheliche Kinder hat , die unter II aufgeführt sind:				
	Name des Kindes			
1	Name und Adresse a) der Eltern b) des anderen Eltern- teiles			
2	Name und Adresse des Sorgeberechtigten			
3	zuständiges Vormund- schaftsgericht			
4	zuständiges Jugendamt			
5	mtl. Unterhaltsbetrag (Urteil, Beschluss, Ur- kunde o. a. bitte beifügen)			

V. Aufenthaltsverhältnisse				
1	Wann, woher und aus welchem Grund ist der AS hier zugezogen?			
2	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich		
3	Aufenthalt in Deutschland des AS im letzten Jahr vor Antragstellung			
	vom	bis	Ort, Straße und Hausnummer, Land	
4	Bei Einrichtungsunterbringung und -entlassung (§§ 106 ff. SGB XII)			
	a) bei Aufnahme in eine Einrichtung: Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme			
	Durch wen oder auf wessen Veranlassung erfolgte die Aufnahme?			
	b) bei Übertritt von einer Einrichtung in die andere: Wann und wo erfolgte der Eintritt in eine Einrichtung?			
	Wer war bisher Kostenträger?			
	Bezeichnung und Ort der Einrichtung:			
	c) bei Entlassung aus einer Einrichtung: Wo und wann war der AS zuletzt in einer Einrichtung?			

5	Bei Kindern, die in Einrichtungen geboren wurden: Name des Entbindungsheimes:	
	Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Einrichtung	
	Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus der Einrichtung aufgehalten? (genaue Adresse und Zeiten)	

VI. Grenzübertritt aus dem Ausland

1	Tag und Ort des letzten Grenzübertritts nach Deutschland:				
2	Letzte Adresse im Ausland:				
3	Dauer des letzten Auslandsaufenthaltes: von/bis				
4	Krankenversicherungsschutz im Ausland: (Name und Anschrift der Krankenkasse)				
5	Grund des Auslandsaufenthaltes: (Sollte der Grund eine Erwerbstätigkeit sein, bitte zusätzlich Art, Dauer und Arbeitgeber angeben.)				
6	Bestanden darüber hinaus weitere Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bei ja bitte vollständig angeben und erläutern, ggf. auf einem Beiblatt		
	Name	Dauer des Aufent- halts: von/bis	Adresse, Land	Erwerbstätigkeit als/bei	Dauer der Er- werbstätigkeit: von/bis

VII. Inländische und ausländische Einkommensverhältnisse des AS und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte, z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung,
Bescheid über sonstige Sozialleistungen, bitte beifügen)

	Art des monatlichen Nettoeinkommens	AS in €	Ehe-/ Partner in €	Sonstige Haushaltsmitglieder (vgl. II)				
				zu 1./ €	zu 2./ €	zu 3./ €	zu 4./ €	zu 5./ €
1	selbstständige Arbeit							
2	unselbstständige Arbeit							
3	Renten aus der Sozialversicherung							
	<input type="checkbox"/> Altersrente							
	<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente							
	<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente							
	<input type="checkbox"/> Unfallrente							
	<input type="checkbox"/> Witwen-, Witwerrente							
	<input type="checkbox"/> Waisenrente							
	<input type="checkbox"/> Zusatzrente							
	<input type="checkbox"/> Betriebsrente							

	<input type="checkbox"/> VBL-Rente							
4	Sonstige Renten							
	<input type="checkbox"/> Renten ausländischer Versicherungsträger							
	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Altersgeld							
5	Leistungen des Landesamtes für soziale Dienste							
	<input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigtenrente							
	<input type="checkbox"/> Witwen-, Witwerrente							
	<input type="checkbox"/> Waisenrente							
	<input type="checkbox"/> Elternrente							
	<input type="checkbox"/> Rente nach Opferentschädi- gungsgesetz (OEG) Grundlisten-Nr.:							
6	Leistungen der Kranken- bzw. Pflegekasse							
	<input type="checkbox"/> Krankengeld							
	<input type="checkbox"/> Pflegegeld							
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:							
7	Leistungen des Ausgleichsamtes_ Geschäftszeichen:							
8	Leistungen der Bundesagentur für Arbeit							
9	Leistungen gem. SGB II (Bürger- geld)							
10	Kindergeld - Nr.:							
11	Vermietung/Verpachtung							
12	Unterhaltszahlungen von Angehö- rigen/Leistungen nach dem Unter- haltsvorschussgesetz (UVG)							
13	Wohngeld / Lastenzuschuss							
14	Leistungen aus Lebensversicherungen							
15	Leistungen nach dem Unterhalts- sicherungsgesetz (USG)							
16	Sonstiges:							

VIII. Zahlungsverpflichtungen

1	Kosten der Unterkunft (im Falle einer stationären Unterbringung des AS die Kosten der bisherigen Unterkunft bzw. die Unterkunftskosten des nicht getrenntlebenden Ehegatten /Lebensgefährten)
	<input type="checkbox"/> Kaltmiete: _____ €
	<input type="checkbox"/> Nebenkosten: _____ €
	<input type="checkbox"/> Heizkosten: _____ €
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ € (ggf. auf gesondertem Blatt aufführen)
	<input type="checkbox"/> keine Mietzahlungsverpflichtung (z. B. aufgrund eines freien Wohnrechtes; siehe IX, 5) Begründung:

Name und Adresse des Vermieters bzw. Wohn- rechtsgewährenden: _____ _____	Wer hat den Mietvertrag abgeschlossen? _____ _____
--	--

<input type="checkbox"/> Wohnungs- bzw. Hauseigentum ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ Bitte Anlage GVM – Angaben zum Grundvermögen ausfüllen (Seiten 10/11); nähere Angaben siehe auch IX, 2		Wohnfläche: _____ qm Grundstücksfläche: _____ qm Anzahl der Zimmer: _____ <input type="checkbox"/> Einliegerwohnung: _____ qm <input type="checkbox"/> andere Teilbereiche vermietet? Mieter, Mietraumbeschreibung, Mieteinnahme (Mietvertrag bitte beifügen): _____ _____						
2	Angaben zur Bereinigung des Einkommens (Nachweise beifügen)	AS €	Ehe- gatte €	zu II, 1 €	zu II, 2 €	zu II, 3 €	zu II, 4 €	zu II, 5 €
	Aufwendungen für Arbeitsmittel							
	Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (einfache Fahrt: _____ km) (Zeitkarte, Kfz)							
	Beiträge zu Berufsverbänden							
	Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung							
	Beiträge für Versicherungen:							
	Privathaftpflicht:							
	Hausrat:							
	Sonstige:							
3	Besondere Belastungen (z. B. durch Krankheit, Behinderung, Unterstützung von Angehörigen, Schulden)							
	Art	Gläubiger	Schuldner	Wann wurde die Verpflichtung eingegangen?	mtl. Raten €	Restbetrag €		

IX. Vermögen des AS und der Haushaltsangehörigen

Es sind materielle und immaterielle Vermögenswerte in Deutschland und im Ausland anzugeben.

1	Kapitalvermögen	AS €	Ehegatte/Lebenspartner €	sonstige Haushaltsangehörige €
	Bargeld			
	Girokonten ² Geldinstitut, IBAN, BIC			
	Sparkonten ² Geldinstitut, IBAN, BIC			
	Sonstige			
	Rückkaufswerte aus kapitalbildenden Versicherungen:			
	Versicherungsgesellschaft Vers.Nr. Art der Vers.			
	Versicherungsgesellschaft Vers.Nr. Art der Vers.			

² Falls mehrere Konten vorhanden sind, diese bitte auf gesondertem Blatt aufführen.

2	Grundvermögen: (Hausgrundstücke, land- u. forstwirtschaftliche Grundstücke, nicht genutzte Grundstücke) Bitte Anlage GVM – Angaben zum Grundvermögen ausfüllen (siehe Seiten 10/11)				
	Eigentümer	Straße, Haus-Nr., Gemarkung, Flur	Grundbuchbezeich- nung	Größe	Nutzungsart
3	Sonstige Vermögenswerte (Forderungen aus Darlehen oder Hypotheken, Kraftfahrzeug, Bausparvertrag, Prämiensparvertrag, Wertpapiere, Schmuck, Kunstgegenstände, patentrechtliche Vermögenspositionen usw.)				
	Bezeichnung		Verfügungsberechtigter		Wert in €
4	Vermögensveräußerung Ist Vermögen verschenkt, übertragen oder verkauft worden?				
	<input type="checkbox"/> Nein				
	<input type="checkbox"/> Ja (bitte den Vertrag beifügen!):				
	Zeitpunkt: _____				
	Anlass: _____				
	Art: _____				
Höhe: _____					
Empfänger: _____ (Name/n und Adresse/n)					
5	Ansprüche aus Vereinbarungen Bestehen Ansprüche aufgrund von Vereinbarungen oder Verträgen (z. B. freies Wohnrecht, freie Hege und Pflege)?				
	<input type="checkbox"/> Nein				
	<input type="checkbox"/> Ja ⇒ welche? Bitte nähere Angaben erteilen und Vertrag beifügen. _____ _____				

X. Nicht realisierte oder realisierbare Ansprüche in Deutschland und im Ausland

1	Ansprüche aus Krankenversicherung des / der	
	Name und Adresse der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	mtl. Betrag €

	Ist der Versicherte innerhalb 3 Wochen nach Eintritt der Erwerbslosigkeit ausgeschieden und war er in den vorausgegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 6 Wochen versichert?	<input type="checkbox"/> Ja ⇒⇒⇒⇒⇒ <input type="checkbox"/> Nein	Zeitraum: _____
	Ist Krankenversicherung gem. § 176c RVO möglich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Name und Sitz der Krankenkasse: _____
	Name und Adresse des Hausarztes _____		

2	Ansprüche aus Rentenversicherung des / der					
	Sind Beiträge gezahlt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja =>>>>>			Anzahl der Beitragsmonate		
				Entrichtet bei		
				Versicherungs-Nr.		
	Besteht Anspruch aus der Versicherung des Ehegatten oder der Eltern? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja =>>>>>					
	Rente beantragt am _____			Rentenzeichen _____		
Rente abgelehnt am _____			Grund _____			
Läuft ein Klagverfahren? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja =>>>>>			erhoben am _____			
3	Ansprüche aus Lebensversicherung (im Falle einer Rückkaufmöglichkeit bitte eine Bescheinigung der Versicherungsgesellschaft über die aktuelle Höhe des Rückkaufwertes beifügen)					
	Versicherte Person	Versicherung (Name, Adresse)	Versicherungssumme	aktueller Rückkaufswert	mtl. Beitrag	Fälligkeit
4	Ansprüche aus Sterbeversicherung (wie X, 3.)					
	Versicherte Person	Versicherung (Name, Adresse)	Versicherungssumme	aktueller Rückkaufswert	mtl. Beitrag	Fälligkeit
5	Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja =>>>>>	Unternehmen (Name, Adresse)		Höhe der Vertragssumme
6	Nicht geklärte Ansprüche (z. B. aus Unfall, Krankheit, Sozialversicherung usw.)					
	Anspruchsgegner		Art des Anspruches			

XI. Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung in Deutschland

1	Art der Tätigkeit	Dauer von bis	Name u. Adresse des Arbeitgebers	ggf. Gründe für Lösung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Krankenkasse
	AS				
	Ehegatte				
2	Angaben zur Arbeitsfähigkeit				
	arbeitsfähig? AS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ⇒⇒ Ehegatte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ⇒⇒ weiterer Haushaltsangehöriger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ⇒⇒ Name:		Bei „nein“ Begründung (z. B. Pflegebedürftigkeit): _____ _____ _____ _____		

XII. Sonstige Verhältnisse

1	Wurde früher bereits Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒⇒⇒⇒	Zeitraum	Behörde
2	Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?	_____ _____		
3	Hat der AS zur Behebung der gegenwärtigen Notlage schon bei einer anderen Stelle Hilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒⇒⇒⇒	bei wem?	Wann?
			Weshalb wurde von dort keine Hilfe gewährt?	
4	Ursache der Bedürftigkeit (z. B. Sperrfrist)	_____ _____		
5	Sonstige bisher nicht erfragte, wissenswerte Daten			
	_____ _____			
Bankverbindung des Hilfeempfängers (Geldinstitut, IBAN, BIC)				

Kreis Rendsburg-Eckernförde Der Landrat Soziales und Eingliederungshilfen	
--	--

Anlage GVM

Angaben zum Grundvermögen (**nur ausfüllen, wenn Grundvermögen vorhanden ist**)

Sie müssen alle Fragen beantworten, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können.

- Bitte kreuzen Sie die passenden Kästchen an.
- Füllen Sie die Felder aus.
- Bitte füllen Sie die erforderlichen Anlagen aus und fügen Sie diese dem Hauptvordruck bei.
- Wenn Sie mehr Platz brauchen, nehmen Sie bitte ein neues Blatt und legen es zum Antrag dazu.
-

Kopieren Sie bitte alle erforderlichen Nachweise und legen Sie diese der Anlage bei. Bitte legen Sie grundsätzlich **keine** Original-Belege vor, außer wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Nachfragende Person (Antragstellerin/Antragsteller)			
Name (Familienname)	Vorname(n)	Geburtsdatum	Aktenzeichen FD 4.2-2. /neu

Diese Anlage müssen Sie nur ausfüllen, wenn Sie Grundvermögen besitzen.

Zum Grundvermögen gehören unbewegliches Vermögen aus Grund und Boden (auch landwirtschaftliche und forstwirtschaftliche Flächen), Gebäuden und Wohneigentum.

Wenn Sie mehrere Objekte besitzen, füllen Sie bitte für jedes Objekt eine eigene Anlage GVM aus.

Gemäß § 2 Abs. 1 SGB XII erhält Sozialhilfe nicht, wer sich unter anderem durch Einsatz seines Vermögens selbst helfen kann (Nachrang der Sozialhilfe). Gemäß § 90 Abs. 1 SGB XII ist das gesamte verwertbare Vermögen einzusetzen. Davon ausgenommen ist ein angemessenes Hausgrundstück unter den in § 90 Abs. 2 Nr. 8 SGB XII genannten Voraussetzungen.

Sollte meine Prüfung ergeben, dass es sich vorliegend um verwertbares Vermögen handelt – die Verwertung aber nicht sofort möglich ist – kann die Sozialhilfe gegebenenfalls **darlehensweise** bis zum Eintritt der Verwertung gewährt werden.

Voraussetzungen dafür ist, dass Sie sich unverzüglich um die Verwertung bemühen und die erbrachten Leistungen der Sozialhilfe erstatten (Wiederherstellung des Nachranges der Sozialhilfe).

Über die zweckmäßige Art der Verwertung (zum Beispiel Verkauf, Vermietung oder Beleihung) entscheiden grundsätzlich Sie als Vermögensinhaber*in. Dabei ist jedoch auf eine wirtschaftlich sinnvolle Verwertung zu achten, die zur Beseitigung der Hilfebedürftigkeit führt.

Sofern Sie sich bereits um die Verwertung des Grundvermögens bemühen, bitte ich entsprechende Nachweise (zum Beispiel Maklerauftrag oder Kreditanfragen) beizufügen.

2. Benötigte Unterlagen (Bitte ankreuzen, welche Unterlagen Ihnen vorliegen und in Kopie beifügen.)

- Nachweise über aktuell bestehende Verbindlichkeiten (z. B. Darlehensverträge, Tilgungspläne)
- Nachweise über sonstige Belastungen (z. B. Verträge zu Altteilen oder Wohnrechten)
- Wertgutachten, Kaufvertrag oder Baukostenaufstellung (nur, wenn nicht älter als zwei Jahre)
- Grundbuchauszug

3. Angaben zum Grundvermögen		
Anschrift des Grundvermögens	Grundstücksgröße (in m ²)	Wohnfläche (in m ²)
Gegebenenfalls Name des Miteigentümers / Name der Miteigentümerin		Miteigentumsanteil in %
<input type="checkbox"/> Das Grundvermögen wird selbst genutzt/bewohnt.		selbst genutzt zu %
<input type="checkbox"/> Das Grundvermögen wird vermietet oder verpachtet. (Bitte Einkünfte nachweisen.)		Betrag (monatlich)
3.1 Verbindlichkeiten		
Schuldzinsen (ohne Tilgungsrate)	Restschuld (in Euro)	
3.2 Nebenkosten (monatlich/in Euro)		
<input type="checkbox"/> Es ist eine Wohnungseigentümergeinschaft (WEG) vorhanden.		
Grundsteuer	Wassergebühren (inklusive Abwasser)	Nur bei WEG ausfüllen: Hausgeld (WEG)
Müllabfuhrgebühren	Straßenreinigungsgebühren	Zuführung zur Instandhaltungsrücklage (WEG)
Schornsteinfegergebühren	Sonstige öffentliche Ausgaben	
Gebäudeversicherung	Sonstiges	Bitte aktuellen WEG-Wirtschaftsplan und letzte WEG-Jahresabrechnung beifügen.
Bitte sämtliche Nachweise beifügen, zum Beispiel Grundsteuerbescheid, Gebührenbescheid.		
Summe Nebenkosten		

Hinweis:

Im weiteren Antragsverfahren werden Ihnen ggf. zusätzliche Erklärungsbögen für die Angemessenheitsprüfung des Grundvermögens zugesendet.

4. Versicherung der Richtigkeit der Angaben	
Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.	
Ort/Datum	Unterschrift nachfragende Person (Antragsteller/Antragstellerin) oder die im Hauptvordruck angegebene Vertretung

ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS (ODER SEINES GESETZLICHEN VERTRETERS):

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I erbeten.

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Betreuer/Bevollmächtigter: _____

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie einen beabsichtigten Wohnungswechsel - unverzüglich und un- aufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen (Mitwirkungspflicht gem. § 60 SGB I). Mir ist bekannt, dass der Sozialhilfeträger die Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise entziehen oder versagen kann, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme. Dies gilt auch dann, wenn ich in anderer Weise absicht- lich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwere (§ 66 SGB I).

Mir ist auch bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache und dass ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das Leistungen überwiesen wurden, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, die insoweit überzahlten Beträge auf Anforderung des Sozialhil- feträgers zu überweisen.

Ich bin mit einer Auszahlung der Sozialhilfe sowie der Zusendung der Bescheide an die Pflegeeinrichtung bzw. an den ambulanten Pflegedienst einverstanden. Ich bin ebenso damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger der Pflegeeinrichtung die Höhe des von mir und meinem Ehegatten/meiner Ehegattin bzw. meinem Lebens- partner/meiner Lebenspartnerin bzw. meinem Lebensgefährten/meiner Lebensgefährtin einzusetzenden Ein- kommens mitteilt.

Mit der Übersendung der Sozialhilfeakte an einen anderen Sozialhilfeträger, bei dem der Inhalt der Akte zur weiteren Aufgabenerfüllung benötigt wird, bin ich einverstanden.

Sofern zur Bearbeitung meines Antrages Einsicht in ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Kranken- kassen (MDK) erforderlich sein sollte, ermächtige ich meine Kranken- bzw. Pflegekasse hiermit, dem Sozialhil- feträger diese Unterlage auf Anforderung auszuhändigen.

Das Hinweisblatt zu den „beizufügenden Unterlagen“, das „Merkblatt – Zur Beachtung für den Sozialhilfeemp- fänger“ – und die „Information über die Erhebung von Daten in der Kreisverwaltung Rendsburg-Eckernförde (Art. 12 und 13 DSGVO)“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Vor-/Gelesen, genehmigt und unterschrieben:

Ort, Datum

(Unterschrift des Antragstellers bzw.
des gesetzlichen Vertreters)

(Unterschrift des Ehegatten)

(Unterschrift des Aufnehmenden)

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Betreuer/Bevollmächtigter: _____,

entbinde

die Kranken- und Pflegekasse
Versicherungsnummer:

das örtliche Sozialamt
Aktenzeichen:

den Sozialpsychiatrischen Dienst

meine/n behandelnde Ärztin/ Arzt:
Anschrift:

das Krankenhaus:
Anschrift:

den amtsärztlichen Dienst

den von mir kontaktierten Anbieter von ambulanten oder stationären Pflegeleistungen:
Anschrift:

den Träger der Eingliederungshilfe

die Deutsche Rentenversicherung

dem Kreis Rendsburg-Eckernförde gegenüber von der Schweigepflicht. Dies betrifft Fragen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Leistungen der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII) entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass über mich vorhandene

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle
- Gutachten
- Dokumentationen
- Bescheide
- Einkommensnachweise

dem Kreis Rendsburg-Eckernförde im Rahmen des Antrages auf Hilfe zur Pflege/ Pflegegeld zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Ort:

Datum:

(Unterschrift Antragsteller/in oder Betreuer/in / Bevollmächtigte/r))

Erklärung über die Befreiung vom Bankgeheimnis/Kontenabrufverfahren

Von der antragstellenden Person ist für jedes Konto/Sparkonto, jedem Depot oder jeden Vertrag mit einem Geldinstitut eine Befreiungserklärung abzugeben.

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Betreuer/Bevollmächtigter: _____

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – (SGB I) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben machen muss. Von dem im Merkblatt (Seiten 14 und 15) abgedruckten Hinweisen zu den

§§ 60 und 66 SGB I (Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung) sowie zum § 263 Strafgesetzbuch (Betrug) auf Seite 16 des Merkblattes (Betrug) habe ich Kenntnis genommen. Mir ist bewusst, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach sich ziehen können.

Art des Kontos	IBAN	aktueller Betrag
		€
		€
		€
		€
		€
Sonstiges Vermögen:		

Name und Anschrift des Instituts/der Institute, bei denen das Konto/die Konten/Verträge geführt werden:

Name des Geldinstituts	Anschrift

Ich ermächtige und beauftrage hiermit jedes angegebene Institut unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Bankgeheimnis/Schweigepflicht) dem Kreis Rendsburg-Eckernförde, Der Landrat, Kaiserstraße 8, 24768 Rendsburg, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes dort geführte Konto für die letzten 10 Jahre zu erteilen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auf jedes weitere Institut, welches im Rahmen der Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern dem Sozialhilfeträger bekannt wird und von mir/uns im Sozialhilfeantrag nicht angegeben worden ist. Mir ist bewusst, dass eventuelle Bankgebühren zu meinen Lasten gehen.

Mir ist ausdrücklich bekannt, dass die im Rahmen dieses Antrages gemachten Angaben zu meinem Vermögen/unserem gemeinsamen Vermögen (Ehegatten/eheähnlichen Partner/ Lebenspartner gemäß § 19 Abs. 3 i. V. m. § 20 SGB XII) beim Bundeszentralamt für Steuern überprüft werden können.

Ort:

Datum:

(Unterschrift Kontoinhaber/in)

(Unterschrift als Betreuer/in / Bevollmächtigte/r)
(Urkunde bzw. Vollmacht beifügen)

Bei Anträgen auf Gewährung von Leistungen gem. Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII) bzw. auf Leistungen gemäß § 6 Abs. 4 Landespflegegesetz (Pflegewohngeld) sind folgende Unterlagen beizufügen (falls zutreffend):

Nachweise zu den Personalien

- Betreuerausweis bzw. Handlungsvollmacht
- Schwerbehindertenausweis des/der Antragsteller*in und ggf. des/der Ehe- bzw. Lebenspartners*in

Einkommensnachweise der nachfragenden Person sowie des/der Ehe- bzw. Lebenspartners*in

- Aktuelle Rentenbescheide bzw. Rentenanpassungsmitteilungen, aus denen die Brutto- und Nettorente hervorgehen (ein Kontoauszug reicht nicht!)
- Bei Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente zusätzlich den Ursprungsbescheid des Rentenversicherungsträgers. Es muss ersichtlich sein, ob eine dauerhafte oder zeitlich begrenzte Erwerbsunfähigkeit vorliegt.
- ggf. Nachweis über den Zuschlag zur Erwerbsminderungsrente (gilt auch für Alters- und Hinterbliebenenrenten, denen eine Erwerbsminderungsrente vorausgegangen ist)
- Nettoverdienstbescheinigung
- Verdienstbescheinigung bei Inhaftierung
- Ggf. Wohngeldbescheid (aktuellen Bewilligungs- bzw. Einstellungsbescheid)
- Aktuellen Leistungs- bzw. Einstellungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit bzw. des Jobcenters
- Bei Bezug von Grundsicherungsleistungen: aktuellen Bewilligungs- bzw. Einstellungsbescheid
- Bescheid der Krankenkasse über die Höhe des Krankengeldes
- Einstufungs- und Leistungsbescheid der Pflegekasse für die Langzeitpflege inkl. Leistungszuschlag
- Leistungsbescheid der Pflegekasse für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Leistungsbescheid der Pflegekasse für die ambulante Sachleistung
- Leistungsnachweis der Pflegekasse für die noch zur Verfügung stehenden Betreuungs- und Entlastungsleistungen
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Nachweise über Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Vereinbarungen, Verträge)

- Wohnrecht
- Nießbrauch
- Hege und Pflege
- Leibrente
- Sonstiges

Vermögensnachweise

- Kontoauszüge aller bestehenden Konten durchgehend für die Zeit von 3 Monaten vor Antragstellung
- Kontostände aller bestehenden Konten zum Zeitpunkt 1 Jahr und ½ Jahr vor Antragstellung
- Sparbücher/Sparkonten komplett und mit aktuellem Guthaben
- Nachweise über sonstige Geldanlagen (z. B. Aktienfonds, Depots) zum Zeitpunkt 1 Jahr und ½ Jahr vor Antragstellung
- Bausparverträge
- bei Lebens- oder Sterbegeldversicherungen den Versicherungsschein sowie Bescheinigung(en) über die Höhe des aktuellen Rückkaufswertes
- bei Bestattungsguthaben: Kopie des Vertrages, Nachweis über die Einzahlungen und den aktuellen Stand
- Wertbescheinigung Kfz sowie Kopie des Kfz-Scheins

Grundvermögen

- Grundbuchauszug (alle Abteilungen)
- Nachweise über darauf eingetragenen Belastungen sowie Bescheinigung über die aktuelle Höhe der Restschuld
- Verkehrswertgutachten oder andere Wertnachweise, sofern vorhanden
- Nachweise über bisher erfolgte Verkaufsbemühungen (Maklerauftrag, Zeitungsinsertate, Internet o.a.)
- Nachweis über gescheiterte Vermögensbeleihung bei der Hausbank

Bedarfsnachweise

- Mietvertrag und aktuelles Mietänderungsschreiben (Aufschlüsselung in Kaltmiete, Betriebs- und Heizkosten)
- bei dauerhafter Heimunterbringung: Nachweis über die zeitnahe Kündigung der bisherigen Wohnung (z.B. Kündigungsschreiben, Bestätigung der Kündigung, evtl. Benennung Nachmieter usw.)
- Nachweis über die Mietsicherheit
- Beitragsnachweis zur freiwilligen bzw. privaten Kranken- und Pflegeversicherung
- Versicherungsscheine und aktuelle Beitragsrechnung der bestehenden Versicherungen (z. B. Hausrat, Privathaftpflicht, Unfall, Sterbekasse, Kfz.-Haftpflicht)

Unterhaltsprüfung

- Scheidungs- und Unterhaltsurteil
- Namen, Anschriften und Geburtsdaten der unterhaltspflichtigen Angehörigen: geschiedener bzw. getrenntlebender Ehepartner*in, Eltern, Kinder
- Einkommensnachweise der unterhaltspflichtigen Angehörigen

Sonstiges

- Haftbescheinigung

• Merkblatt – Zur Beachtung für Sozialhilfeempfänger –

Aufgabe der Sozialhilfe, Rechte der Sozialhilfeempfänger

1. Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Personen zu helfen, die vorübergehend oder dauernd nicht in der Lage sind, aus eigenen Kräften ihren Lebensunterhalt zu bestreiten oder sich in besonderen Lebenslagen selbst zu helfen und die auch von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhalten. Die Hilfe soll den Empfänger soweit wie möglich in die Lage versetzen, unabhängig von ihr zu leben; hierbei muss der Hilfeempfänger nach seinen Kräften mitwirken.
2. Rechtsgrundlage für die Hilfgewährung ist in erster Linie das Sozialgesetzbuch 12. Buch - Sozialhilfe (SGB XII). Ist nach diesem Gesetz Hilfe zu gewähren, so hat der Hilfeempfänger bzw. Hilfesuchende darauf einen Rechtsanspruch. Über Form und Maß der Sozialhilfe entscheidet das Sozialamt nach pflichtmäßigem Ermessen, soweit das Gesetz das Ermessen nicht ausschließt.

Pflichten des Antragstellers

3. Grundsätzlich muss jeder Hilfesuchende vor Inanspruchnahme der Sozialhilfe seine **Arbeitskraft**, sein **Einkommen** und sein **Vermögen** sowie seine ihm gegen Unterhaltsverpflichtete und andere Dritte (z. B. Versicherungsträger u. ä. Stellen) zustehenden **Ansprüche**, falls diese im Zeitpunkt des vorhandenen Bedarfs auch realisierbar sind, zur Beschaffung seines Bedarfes und desjenigen seiner unterhaltsberechtigten Angehörigen einsetzen.
4. Das Sozialamt oder die mit der Durchführung beauftragte Stelle ermittelt den Sachverhalt in der Regel von Amts wegen und berücksichtigt alle vom Hilfeempfänger im Einzelfall vorgebrachten bedeutsamen Umstände, auch insoweit, als sie sich für den Hilfesuchenden günstig auswirken. Dabei bedient sich das Amt der Beweismittel, die es nach pflichtmäßigem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhaltes für erforderlich hält.
5. Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat insbesondere
 - 5.1 alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – SGB I).
 - 5.2 Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen. Diese Mitteilung bezieht sich in erster Linie auf die in den häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Sozialhilfeempfängers eingetretenen Veränderungen; sie ist auch dann notwendig, wenn er der Meinung ist, dass die Änderung auf die Sozialhilfe keinen Einfluss hat.

Diese Mitteilungspflicht besteht besonders dann, wenn

- a) der Leistungsempfänger und seine im Haushalt lebenden Angehörigen Einnahmen erzielen - auch wenn nur vorübergehend -, z. B. durch Aufnahme einer Arbeit (auch geringfügige Beschäftigungen oder Nebentätigkeiten), durch Vermieten von Zimmern, Bewilligung von Renten, Pensionen, Treuegelder, Abfindungen, Entschädigungen, Darlehen, durch Eingang rückständiger Forderungen, durch Lotteriegewinn, Erbschaft usw.). Dem Sozialamt ist ebenfalls der Bezug von Naturalleistungen (Wohnung, Kost) sowie die Forderung oder die Entstehung einer Forderung gegen einen anderen mitzuteilen;
- b) sich der Bestand des vorhandenen Vermögens (z. B. durch Kauf, Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Scheidung, Vermögensauseinandersetzung) ändert;
- c) Leistungsberechtigte und seine im Haushalt lebenden Angehörigen sich länger als vier Wochen (28 Tage) ununterbrochen im Ausland aufhalten;
- d) ein mitunterstützter Angehöriger den Haushalt, wenn auch nur vorübergehend, verlässt (z. B. bei Krankenhausaufenthalt, Kuraufenthalt, Besuchsreise, Ableben eines Haushaltsmitglieds u. a.);
- e) ein Angehöriger im Haushalt aufgenommen wird;
- f) die Wohnung gewechselt wird;
- g) ein Antrag auf Zahlung einer anderen Sozialleistung gestellt wird oder früher gestellt worden ist (z. B. Rente aus der Sozialversicherung, Versorgungsrente, Unfallrente, Kriegsschadenrente, Unterhaltshilfe, Arbeitslosengeld, Grundsicherung bei Erwerbslosigkeit, Krankengeld, Kindergeld u. a.);
- h) ein Rechtsmittel (z. B. Widerspruch, Klage, Berufung) gegen Entscheidungen anderer Sozialleistungsträger (vgl. Buchstabe g) eingelegt wird;

- i) der Leistungsempfänger einen vermögensrechtlichen oder körperlichen Schaden durch einen Dritten erlitten hat;
- j) der Leistungsempfänger eine privatrechtliche Forderung gerichtlich geltend macht.

Diese Mitwirkungspflicht obliegt bei geschäftsunfähigen oder in ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkten Antragstellern oder Leistungsempfängern deren gesetzlichen Vertretern.

6. Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers
 - a) zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer notwendiger Maßnahmen persönlich im Amt erscheinen (§ 61 SGB I).
 - b) sich medizinischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit dies für die Entscheidung über die Leistung erforderlich ist (§ 62 SGB I).
7. Mitwirkungspflichten entfallen nur dann, wenn ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Frage kommenden Sozialleistung steht, wenn sie dem Betroffenen nicht zugemutet werden können oder wenn sich der Leistungsträger die erforderlichen Kenntnisse mit einem geringeren Aufwand beschaffen kann. Darüber hinaus können Angaben, die den Leistungsberechtigten oder ihm nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung oder eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens aussetzen, verweigert werden (§ 65 SGB I).

Folgen fehlender Mitwirkung

8. Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 SGB I 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 (§ 66 SGB I).
9. Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 SGB I 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.
10. Wer seine häuslichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse falsch angibt oder die erforderliche Mitteilung an das Sozialamt unterlässt, gefährdet die gesetzmäßige Durchführung der Sozialhilfe.
11. Weigert sich jemand trotz wiederholter Aufforderung beharrlich, zumutbare Arbeit zu leisten, und ist es deshalb notwendig, ihm oder einem unterhaltsberechtigten Angehörigen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt zu gewähren, hat er keinen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt.

Die Hilfe kann bis auf das zum Lebensunterhalt Unerlässliche eingeschränkt werden

- 11.1 bei einem Hilfesuchenden, der nach Eintritt der Geschäftsfähigkeit sein Einkommen oder Vermögen vermindert hat in der Absicht, die Voraussetzungen für die Gewährung oder Erhöhung der Hilfe herbeizuführen,
- 11.2 bei einem Hilfeempfänger, der trotz Belehrung sein unwirtschaftliches Verhalten fortsetzt,
- 11.3 bei einem Hilfesuchenden, der sein Arbeitsverhältnis gelöst oder durch ein vertragswidriges Verhalten Anlass für die Kündigung des Arbeitgebers gegeben hat oder der sich weigert, an einer Maßnahme zur beruflichen Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung teilzunehmen oder der die Teilnahme an einer der genannten Maßnahmen abgebrochen hat, ohne für sein Verhalten einen wichtigen Grund zu haben.

12. Wird Tuberkulosehilfe gewährt, so können die Leistungen bis auf das Unerlässliche eingeschränkt bzw. ganz oder teilweise versagt werden, wenn der Kranke, der Genesene oder ein sonstiger Hilfeempfänger in grober Weise oder beharrlich gegen eine Weisung des Trägers der Sozialhilfe verstößt oder vorsätzlich oder grob fahrlässig andere Personen, den Erfolg der Heilbehandlung oder eine Maßnahme zur Eingliederung in das Arbeitsleben gefährdet.

Kostenersatz

13. Wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialhilfe an sich selbst oder seinen unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat, ist nach § 103 SGB XII zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe verpflichtet (Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten).

14. Ist der Tatbestand des Betrugs nach § 263 StGB gegeben, muss mit strafrechtlicher Verfolgung gerechnet werden.

15. Der Erbe des Hilfeempfängers oder seines Ehegatten, falls dieser vor dem Hilfeempfänger stirbt, ist nach Maßgabe des § 102 SGB XII zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe mit Ausnahme der Leistungen nach dem Vierten Kapitel (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) sowie mit Ausnahme der vor dem 01.01.1987 entstandenen Kosten der Tuberkulosehilfe verpflichtet. Diese Ersatzpflicht gehört zu den Nachlassverbindlichkeiten; der Erbe haftet aber nur mit dem Nachlass.

Hinweis zu teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege

Gem. § 9 Abs. 1 der Landespflegegesetzverordnung (LPflegeGVO) vom 19.06.1996 gilt bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII zugleich als Antrag auf Gewährung von Zuschüssen nach dem Zweiten Teil der Verordnung (Zuschüsse zu den laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen/Pflegewohngeld).

Hinweis zur Kontenüberprüfung

Zur Klärung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Antragstellers/Leistungsberechtigten bzw. seiner Einstehensgemeinschaft kann nach § 93 Abs. 8 und 9 der Abgabenordnung (AO) anlassbezogen jederzeit – auch nach Zugang des Bewilligungsbescheides – ein **Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt)** gestellt werden. Im Falle eines Abrufersuchens übermittelt das BZSt von den Kreditinstituten die Kontenstammdaten sämtlicher Konten der Obengenannten (u. a. Name des Kontoinhabers, Geburtsdatum, Kontonummer und Verfügungsberechtigung) soweit seit der Auflösung der Konten nicht mehr als drei Jahre vergangen sind (§ 93b Abs. 4 AO i. V. m. § 24c Abs. 1 Kreditwesengesetz).

Information über die Erhebung von Daten in der Kreisverwaltung Rendsburg-Eckernförde (Art. 12 und 13 DSGVO)

Wir verarbeiten Ihre notwendigen personenbezogenen Daten zur Erfüllung unserer Aufgaben stets im Einklang mit den jeweils anwendbaren gesetzlichen Datenschutzanforderungen zu den nachfolgend aufgeführten Zwecken. Personenbezogene Daten sind sämtliche Informationen, die einen Bezug zu Ihrer Person aufweisen.

1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Fachverfahren: LÄMMkom LISSA

Verarbeitungstätigkeit: Bearbeitung von Anträgen auf Sozialhilfeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), von Anträgen auf Pflegewohngeld nach dem Landespflegegesetz und von Anträgen auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz:

Bewilligung, Ablehnung, Zahlbarmachung, Statistik, Überwachung von Zahlungseingängen, Überprüfung von Unterhaltsverpflichteten

2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist die Kreisverwaltung Rendsburg-Eckernförde, Kaiserstraße 8, 24768 Rendsburg

3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Micha Mark Knierim, Kaiserstraße 10, 24768 Rendsburg.

E-Mail: datenschutz@kreis-rd.de

Telefon: 04331-202174

4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

a) Ihre Daten werden zu folgendem Zweck erhoben:

Antragsbearbeitung

b) Die Rechtsgrundlage, auf der Ihre Daten erhoben werden, ist:

§ 35 Absatz 2 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) in Verbindung mit § 67 ff Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X)

5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an:

Innerhalb der Kreisverwaltung werden Ihre Daten nur an diejenigen Stellen weitergegeben, für deren Aufgabenerfüllung die Kenntnis erforderlich ist, z. B. Gesundheitsamt.

Gem. § 118 Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) können Ihre Daten zur Vermeidung oder Aufdeckung rechtswidriger Inanspruchnahme von Sozialleistungen einem automatisierten Datenabgleich mit der Bundesagentur für Arbeit, den Rentenversicherungsträgern, dem Bundeszentralamt für Steuern und anderen Trägern der Sozialhilfe unterzogen werden.

Des Weiteren können Ihre Sozialdaten

- für die Durchführung eines mit der Verarbeitungstätigkeit zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens (§ 69 Abs. 1 Nr. 2 SGB X)
- auf Ersuchen von Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften, Gerichte und der Behörden der Gefahrenabwehr an diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben (§ 68 SGB X)
- auf Anordnung durch einen Richter für die Durchführung eines Strafverfahrens (§ 73 SGB X)
- bei Verletzung der Unterhaltspflicht und beim Versorgungsausgleich (§ 74 SGB X) an Gerichte übermittelt werden.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Ihre personenbezogenen Daten werden an kein Drittland oder internationale Organisation übermittelt.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden noch 6 Jahre nach Abschluss des Verfahrens gespeichert.
Ausnahme: Die im automatisierten Datenabgleich erhaltenen Daten der Personen, bei denen die Überprüfung zu keinen abweichenden Feststellungen führt, werden unverzüglich gelöscht.

8. Betroffenenrechte

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).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

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

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Schleswig-Holsteinischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Kreisverwaltung Rendsburg-Eckernförde durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X).

Die Kreisverwaltung Rendsburg-Eckernförde benötigt Ihre Daten, um die beantragten Leistungen zu bearbeiten.

Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden bzw. muss Ihr Antrag abgelehnt werden.