

Hinweis auf datenschutzrechtliche Bestimmungen (§ 9 Bundesdatenschutzgesetz, §§ 67 a ff. Sozialgesetzbuch X); Die Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, verarbeitet und für statistische Zwecke verwendet. Es wird darauf hingewiesen, dass die Angaben zur rechtmäßigen Erfüllung der zugewiesenen Aufgaben erforderlich und Sie zur Mitteilung dieser Angaben verpflichtet sind (§ 60 Sozialgesetzbuch I).

(Eingangsstempel)

## Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe (entsprechende Nachweise sind beizufügen, siehe Anlage)

Für

Name Antragsteller \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Hilfe zum Lebensunterhalt</b><br><input type="checkbox"/> <b>Grundsicherung</b><br><input type="checkbox"/> <b>Eingliederungshilfe</b><br><input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Pflege</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ambulante oder teilstationäre Versorgung</b><br><input type="checkbox"/> <b>Stationäre Versorgung</b><br><input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> (z. B. Hilfe zur Gesundheit, Blindenhilfe, Bestattungskosten) |
|--|---|

**Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:**

(bei gesundheitlicher Notlage, Mehrbedarf wegen kostenaufwändigerer Ernährung, Hilfe zur Gesundheit, Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, usw. ist haus- oder fachärztliches Zeugnis beizulegen, bei Schwangeren der Mutterpass)

**I. Persönliche Verhältnisse:**

	Antragsteller	Ehegatte/ Partner d. eheähnlichen Gemeinschaft Lebenspartner/ lebenspartner- schaftsähnliche Gemeinschaft	Vater/ Personensorge- berechtigter bei ledigen Minderjährigen	Mutter/ Personensorge- berechtigte bei ledigen Minderjährigen
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort/ Kreis/ Land				
Staatsangehörigkeit, ausländerrechtliche Status				
Familienstand (verheiratet, ledig, geschieden, verwitwet)				
a) Eheschließung (Datum und Ort)				
(wenn geschieden): b) Gericht, Datum u. Aktenzeichen. d. Urteils				
aus wessen Verschulden? (wenn Ehescheidung vor dem 1.07.1977 erfolgte)				
Art der Unterhaltsregelung				
Stellung im Haushalt (Haushaltsvorstand/ Haushaltsangehörige)				
Wohnanschrift  (PLZ, Ort, Straße, Nr.)				
Telefon, Fax, E-Mail				

Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung:  (Bitte gesetzliche Bestellsurkunde vorlegen)	Wenn ja:  a) Welche Person?  b) Name und Anschrift des gesetzlichen Betreuers
---	---

	Antragsteller	Ehegatte/ Partner d. eheähnlichen Gemeinschaft Lebenspartner/ lebenspartner- schaftsähnliche Gemeinschaft	Vater/ Personensorge- berechtigter bei ledigen Minderjährigen	Mutter/ Personensorge- berechtigte bei ledigen Minderjährigen
Schulabschluss (Sonderschule, Hauptschule, Mittlere Reife, Abitur)	im Jahr	im Jahr	im Jahr	im Jahr
Erlerner Beruf				
Höchster Berufsausbildungsabschluss				
Derzeitig ausgeübte Tätigkeit				
Derzeitiger Arbeitgeber				
Bei Rentnern ehemalige Arbeitgeber				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtliche Status (Duldung, Aufenthaltsberechtigung, -erlaubnis, -befugnis, -bewilligung)				

**II. Familienverhältnisse ( weitere im Haushalt lebende Angehörige):**

(Bei mehr als 5 Personen bitte Beiblatt verwenden)

	1	2	3	4	5
Familienname (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Geburtsdatum					
Geburtsort/ Kreis/ Land					
Staatsangehörigkeit					
Familienstand					
Verwandtschaftsver- hältnis zum Antragsteller					
bei Kindern	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich				
(bei Kindern): Schule und derzeitige Klasse					
Derzeitige Art der Beschäftigung					

Derzeitiger Arbeitgeber					
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (Duldung, Aufenthaltsberechtigung, -erlaubnis, -befugnis, -bewilligung)					
Bargeld	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Spar- und Bankguthaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Haus- und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Sonst. Vermögenswerte und zwar:					
Höhe des Einkommens (mtl. netto)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

**III. Eltern, Kinder, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten  
(Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes)**

	1	2	3	4	5
Familienname – ggf. Geburtsname					
Vorname(n)					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Todestag					
Staatsangehörigkeit					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis z. Antragsteller					
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr. Telefonnr.)					
Beruf (ausgeübte Tätigkeit)					
Arbeitgeber Name, Anschrift					
(wenn Rentenempfänger) Art der Rente					

**IV. Einkommensverhältnisse des Antragstellers und der übrigen zum Haushalt rechnenden  
Familienmitglieder**

**(Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Einkünfte beifügen)**

Art des Einkommens	Antragsteller EUR	Ehegatte/ Partner d. eheähnlichen Gemeinschaft Lebenspartner/ lebenspartner- schaftsähnliche Gemeinschaft EUR	sonst. Haushaltsangehörige (s. Seite 2 Nr. II)				
			zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR	zu Nr. 3 EUR	zu Nr. 4 EUR	zu Nr. 5 EUR
Rente							
Betriebsrente							

Ausländische Rente							
Leistungen vom Arbeitsamt							
Wohngeld							
Übergabevertrag							
Nettoverdienst							
Mieteinnahmen oder Einnahmen aus Untervermietung							
Unterhalt							
Sonstiges							
Kindergeld oder vergleichbare Leistungen für Kinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<p>Das Kindergeld wird gezahlt von:</p> <p>Das Kindergeld wird ausgezahlt an:</p> <p>Zwischen dem Kind und den Eltern besteht Kontaktpflege: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Durch die Kontaktpflege entstehen folgende *Aufwendungen: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>*Aufwendungen können zum Beispiel sein: Fahrtkosten, Urlaube, gemeinsame Veranstaltungen, Fahrten zu Ärzten und Therapien, nicht erstattungsfähige notwendige Medikamente, Geschenke und andere Sachleistungen.</p>					

<b>V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 4 berücksichtigt)</b>		Bitte Nachweise beifügen!	
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausgaben	Monatlicher Betrag	Monatlicher Betrag	
Lohnsteuer (Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag)			
Krankenversicherung			
Pflegeversicherung			
Hausratversicherung			

Haftpflichtversicherung				
Sonstiges				

VI. Sonstige Angaben zum Antragsteller	
Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse/ Pflegekasse?	Monatsbeitrag <span style="float: right;">EUR</span>
Krankenversicherungsnummer	
Antragsteller ist krankenversichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familienversicherung über _____ <span style="margin-left: 150px;">Name, Vorname des Hauptversicherten</span>
Beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche bei	
(wenn nicht in Arbeit): Werden Beiträge zur Arbeiter-/ Angestellten-/ Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	Nr. der letzten Versicherungskarte  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Für welchen Monat/ Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	
Sind Sie Kriegsbeschädigte(r) oder Hinterbliebene(r)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie Vater/ Mutter eines gefallenen od. kriegsvermissten Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und warum:
Sind Sie schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;">(bitte Bescheid vorlegen)</span>
Wenn ja, Art der Behinderung und Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch <span style="float: right;">GdB</span>
Wurde bereits ein Schwerbehindertenausweis beantragt od. erteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann beantragt bzw. wann erteilt:
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;">Bitte entsprechende Nachweise (z.B. Urteile) vorlegen!</span>
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalls?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**VII. Nicht geklärte Ansprüche:**

Glaut der Antragsteller oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält:

nein  ja, wenn ja

aus dem Lastenausgleich  aus der Sozialversicherung  als Kriegsbeschädigte(r)  aus Unfall  aus Krankheit  Erbschaft

aus anderem Rechtsgrund, nämlich \_\_\_\_\_

Wann und wo wurde der Antrag gestellt? \_\_\_\_\_

**VIII. Bankverbindung:**

Girokonto des Antragstellers:

Empfänger	Konto-Nummer
Kreditinstitut	Bankleitzahl
IBAN	BIC

**IX. Sonstige Angaben:****Erklärung des Antragstellers und seines Ehegatten/ Lebenspartners:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben **strafrechtlich** verfolgt werden kann und **zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss** und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz, Rente) geltend gemacht werden können.

**Ich bestätige ausdrücklich davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie sämtliche Forderungen, Erbansprüche und aus anderem Grunde anfallenden Einnahmen, jede vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen), unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch nicht versicherungspflichtiger oder geringfügiger, werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass ich die Stadtverwaltung Koblenz vor einem evtl. von mir beabsichtigten Umzug rechtzeitig zu informieren habe.**

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte - auch die während meines letzten Krankenhausaufenthaltes - von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist. Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger oder Sozialhilfeträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.

**Ich bin auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ich der Übermittlung meiner besonders schutzwürdigen Sozialdaten bereits jetzt widersprechen muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin (§ 76 SGB X).**

Ort, Datum	Unterschrift d. Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/ Lebenspartners

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

Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Aufnehmenden
---------------------------------	-------------------------------

# Mietbescheinigung

für: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Mieter/der Mieterin)

Wohnung: \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Wohnraum im:  
\_\_\_\_\_ Erdgeschoss rechts  leer  Hauptmieter   
\_\_\_\_\_ Obergeschoss Mitte  teilmöbliert  Untermieter   
\_\_\_\_\_ Dachgeschoss links  vollmöbliert  Nutzungsberechtigter

## Angaben zur Miete

Die Gesamtmiete beträgt seit: \_\_\_\_\_ monatlich: \_\_\_\_\_ €

## In der mtl. Gesamtmiete sind enthalten:

1. Nebenkosten (ohne Heizung)  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
(anteilige Grundsteuer, Wasser, Kanal-, Müll- und Schornsteinfegergebühren, Treppenhausbeleuchtung)
2. Kosten der Zentralheizung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
3. Kosten für Warmwasser  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
4. Untermietzuschläge  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
5. Zuschläge für gewerbl. oder berufl. Nutzung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
6. Vergütung für Möblierung -Vollmöblierung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
-Teilmöblierung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
7. Zuschläge für Kühlschrankbenutzung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
8. Zuschläge für Waschmaschinenbenutzung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
9. Vergütung für Garage /Stellplatz  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
10. Stromkosten für Wohnung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
11. Sonstige Wohnkosten \_\_\_\_\_  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
(Bezeichnung)

## Angaben über die Wohnung

Die Wohnung wurde erstmals bezugsfertig am \_\_\_\_\_ Baujahr \_\_\_\_\_

Der Antragsteller hat die Wohnung bezogen am \_\_\_\_\_

Größe der Wohnung \_\_\_\_\_ qm Anzahl der Räume \_\_\_\_\_  
zuzügl. Anzahl der Küchen \_\_\_\_\_  
zuzügl. Anzahl der Bäder \_\_\_\_\_

hiervon sind untervermietet, gewerblich/beruflich genutzt \_\_\_\_\_ Räume mit \_\_\_\_\_ qm

## Beheizung der Wohnung

Zentralheizung  ja  nein  
Gasetagenheizung  ja  nein  
Nachtstromspeicherheizung  ja  nein  
Kachelofen-Mehrraumheizung  ja  nein  
zentral versorgte Öleinzellöfen  ja  nein  
Gas-Einzellöfen  ja  nein  
sonstige Beheizung \_\_\_\_\_  ja  nein  
(Bezeichnung)

Baujahr \_\_\_\_\_ Energieart \_\_\_\_\_

## Art der Warmwasserbereitung

Stromdurchlauferhitzer  ja  nein  
Gasdurchlauferhitzer  ja  nein  
Über Heizungsanlage  ja  nein

Der Wohnraum wird von \_\_\_\_\_ Personen bewohnt.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon, Bankverbindung des Vermieters)

Koblenz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Vermieters)

## Erklärung über Vermögen

**Hinweis:** Wer Sozialhilfe beansprucht, muss bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen mitwirken. Weitere Einzelheiten bitten wir dem Merkblatt, das Ihnen ausgehändigt wird, zu entnehmen. Über den Einsatz oder die Verwertung von Vermögen entscheidet der Sozialhilfeträger.

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

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### 1. Ich / Wir habe(n) / hatte(n) folgendes Vermögen

Bargeld  nein  
 ja \_\_\_\_\_ €

Guthaben Girokonto  nein  
 ja \_\_\_\_\_ € Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_  
Konto-Nr. \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Guthaben Sparkonto  nein  
 ja \_\_\_\_\_ € Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_  
Konto-Nr. \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Lebensversicherung  nein  
 ja Rückkaufswert €: \_\_\_\_\_

Sterbegeldversicherung/  
Sterbevorsorge  nein  
 ja Wert €: \_\_\_\_\_

Prämien- und  
Bausparverträge  nein  
 ja \_\_\_\_\_ € Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_  
Konto-Nr. \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe,  
Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien)  nein  
 ja Angabe: \_\_\_\_\_

Forderungen  nein  
(z.B. aus Darlehen)  ja Angabe: \_\_\_\_\_

Hausgrundstück, Wohnungs- und / oder Stockwerkseigentum, Dauerwohnrecht, Nießbrauchsrecht  
 nein  
 ja \_\_\_\_\_

Ort, Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Anzahl der Wohnungen: \_\_\_\_\_

Bei 2 und mehr Wohnungen mtl. Mieteinnahmen: \_\_\_\_\_

Brandversicherung, Stammversicherungssumme (Wert 1914): € \_\_\_\_\_

Grundbuch von \_\_\_\_\_ Band \_\_\_\_\_ Blatt \_\_\_\_\_  
Flur-Nr.: \_\_\_\_\_ Grundstückgröße \_\_\_\_\_

Zur Prüfung des Vermögenseinsatzes gem. § 90 Abs. 2 Nr. 8 SGB XII (kleines Hausgrundstück) sind folgende Unterlagen –soweit vorhanden- mit vorzulegen:  
Bauzeichnungen, Wohnflächenberechnung, Foto, Notarvertrag, Grundbuchauszug (unbeglaubigt), Berechnung des umbauten Raumes, Lageplan, Brandversicherungsschein mit letzter Beitragsrechnung.

Sonstiger Grundbesitz ( z.B. Art, Lage,  nein  
Fläche, Verkehrswert, Grundbuch)  ja      Angaben: \_\_\_\_\_

Sonstiges Vermögen (z.B. Sachwerte)  nein  
 ja      Angaben: \_\_\_\_\_

2. Ich / Wir verzichten auf folgende Einkünfte  nein  
 ja      Grund angeben:

Ich / Wir habe(n) folgendes Einkommen:

Art des Einkommens: (z. B. Rente, Zusatzrente, Leibrente, Unterhalt, Einkünfte aus einem Nießbrauchsrecht, Wohnrecht, Zinseinkünfte, u. s. w.)

\_\_\_\_\_ monatlich / jährliche Zahlung \_\_\_\_\_ €  
\_\_\_\_\_ monatlich / jährliche Zahlung \_\_\_\_\_ €  
\_\_\_\_\_ monatlich / jährliche Zahlung \_\_\_\_\_ €

3. Ist ein Erbfall eingetreten? Nein  Ja  
Wenn ja, wann \_\_\_\_\_ Art und Wert der Nachlassmasse \_\_\_\_\_

4. Haben Sie in den letzten 10 Jahren vor Beantragung der Sozialhilfe Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt?  nein  ja

### 5. Früheres Vermögen:

Ich / Wir habe(n) am \_\_\_\_\_ folgendes Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- und Grundbesitz. Bitte ggf. Anlagen beifügen.)

veräußert       übertragen       verschenkt

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Urkunde: \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_

6. Sonstige Hinweise / Erläuterungen / Ergänzungen:

7. Ich versichere / wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner / unserer Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Hilfesuchenden und seines Ehegatten oder seines gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers

# Bankauskunftsermächtigung (zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe)

Name: \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Erklärung:

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe.

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff SGB I) wurde ich unterrichtet. Ich bin ferner darüber informiert, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können und dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens-, und Vermögensverhältnisse, auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe. Die Aufnahme von jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich vor Aufnahme der Arbeit dem Träger der Sozialhilfe mitteilen.

Hiermit erkläre ich, folgende Konten oder Vermögenswerte zu unterhalten:

Konto-/Depot-Nr.	Einlage/Guthaben	Bank, Bankleitzahl, IBAN, BIC
<input type="checkbox"/> Giro-/Privatkonto, Nr.		
<input type="checkbox"/> Giro-/Privatkonto, Nr.		
<input type="checkbox"/> Sparkonto/Sparbuch, Nr.		
<input type="checkbox"/> Sparkonto/Sparbuch, Nr.		
<input type="checkbox"/> Raten-/Prämienparvertrag, Nr.		
<input type="checkbox"/> Sonstige Guthaben		
<input type="checkbox"/> Sonstige Guthaben		

Ich ermächtige und beauftrage hiermit die Geldinstitute bzw. die Anstalten unter Befreiung vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem Sozialhilfeträger weitere Auskünfte, insbesondere über den Kontostand und die Kontobewegungen innerhalb der letzten Jahre zu geben. Des Weiteren akzeptiere ich, dass der Sozialhilfeträger Anfragen stellen kann, ob weitere Konten und Depots bei Kreditinstituten, auch nicht Genannten, bestehen und das entsprechende Geldinstitut bzw. die Anstalt unter Befreiung vom Bankgeheimnis die erforderlichen Auskünfte erteilen kann. Die Kosten für die Erteilung dieser Auskünfte werden von mir getragen und ggfs. direkt von meinem Konto abgebucht.

**Ich erkläre, dass zu keinen weiteren, als den o.g. Bank-/Kreditinstituten Geschäftsverbindungen bestehen und akzeptiere eine Nachprüfung meiner Angaben durch den Sozialhilfeträger. Auf meine Mitwirkungspflichten nach §§ 60, 66 SGB I wurde ich hingewiesen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungsberechtigten

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

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **Vorbemerkung**

Zur Prüfung, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfen nach den Kapiteln 5 bis 9 des zwölften Buches des Sozialgesetzbuches –Sozialhilfe- (SGB XII) vorliegen, kann sich der örtliche Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang von Erkrankungen, Behinderungen und über den Behandlungsbedarf informieren.

Auch wenn bereits Sozialhilfe gewährt wird, benötigt der genannte Sozialhilfeträger Auskünfte über den Gesundheitszustand des Hilfeempfängers.

Personen, die dem Sozialhilfeträger solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder ggf. Personal einer Einrichtung, sofern es sich mit der Erkrankung bzw. der Behandlung des Hilfeempfängers befasst.

Der Leistungsempfänger hat nach §§ 60 ff Sozialgesetzbuch (SGB) Teil Eins (I), die für die Gewährung der Leistung erforderliche Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Etwaige Kosten für die Auskunftserteilung durch Dritte, die deshalb erforderlich sind, weil der Antragsteller die Angaben selbst nicht macht, sind vom Antragsteller zu tragen.

Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Sozialhilfeleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

### **Erklärung des Sozialhilfeempfängers bzw. seines gesetzlichen Vertreters über die Entbindung von der Schweigepflicht**

Soweit Gutachten in dem o. a. Sinne und Umfang für den örtlichen Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesen gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte/ personenbezogene Daten/ Gutachten, die durch den Träger der Sozialhilfe von sonstigen Personen angefordert werden, insbesondere:

- Landesarzt/-ärztin für hörbehinderte Menschen
- Landesarzt/-ärztin für sehbehinderte Menschen
- der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes
- Mitarbeiter des Leistungsanbieters \_\_\_\_\_ (Bitte ergänzen)
- Landesarztes des Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
- Mitarbeiter der Einrichtung \_\_\_\_\_ (Bitte ergänzen)

Bei Ärztinnen/ Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und Feststellungen von Umfang / Auswirkungen der Krankheit. Das Sozialamt ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben (z.B. nach dem SGB XII/ AGSGB XII Rheinland-Pfalz/ SGB X/ SGB XI) befugt.

Koblenz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. des gesetzl. Vertreters)



# Merkblatt

## 1. Allgemeines und Nachrang der Sozialhilfe

Menschen, die in einer Notlage sind, die sie nicht selbst aus eigener Kraft bewältigen können und denen die erforderliche Hilfe auch nicht von Angehörigen oder von anderer Seite zuteil wird, können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen.

Die Hilfen nach dem SGB XII (Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch –Sozialhilfe–) sind Teil eines staatlichen Systems der sozialen Sicherung der Bürger. Zu diesem System gehören z.B. auch die gesetzlichen Sozialversicherungen (Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung), die Versorgung der Kriegsoffer sowie die Wohngeld- und Kindergeld-Leistungen. **Gegenüber diesen Leistungen ist die Sozialhilfe nachrangig.** Ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht demnach nicht, wenn jemand die erforderliche Hilfe von anderen Sozialleistungsträgern erhält.

Ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht auch dann nicht, wenn Vermögenswerte vorhanden sind. Hierzu gehören auch realisierbare Forderungsansprüche (z. B. Schenkungsrückforderungen) oder ein Kraftfahrzeug. Zuständig für die Sozialleistungen sind die in den jeweiligen Sozialgesetzbüchern (SGB) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden, sie werden als Leistungsträger bezeichnet.

Über die Aufgaben und Hilfen der einzelnen Leistungsträger geben die Mitarbeiter der Verwaltungsbehörden (Gemeindeverwaltung, Stadtverwaltung, Kreisverwaltung) nähere Auskünfte. Sie beraten auch über Rechte und Pflichten der Bürger gegenüber den einzelnen Leistungsträgern. Soweit sich geltend gemachte Sozialleistungsansprüche auf stationäre Versorgungen in Einrichtungen (z. B. Altenheime) beziehen ist der Sozialhilfeantrag beim Wohnsitzsozialamt zu stellen.

## 2. Aufgaben der Verwaltung

Die Mitarbeiter der Verwaltung prüfen, wie der jeweiligen Notlage am besten begegnet werden kann und welche Hilfe im Einzelfall ggf. in Frage kommt. Sie stellen außerdem wegen des Nachranges der Sozialhilfe fest, ob der Hilfesuchende eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen hat, ob Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen oder ob Angehörige ihm helfen können.

Das Nachrangprinzip der Sozialhilfe erfordert auch eine Prüfung, ob unterhaltspflichtige Angehörige (§§1600 ff. BGB) ihren Verpflichtungen dem Hilfesuchenden gegenüber nachkommen. **Ist dies nicht der Fall, so leistet der Sozialhilfeträger und nimmt dafür die Unterhaltspflichtigen in Anspruch.** Ob und inwieweit dies geschieht, entscheidet der Träger der Sozialhilfe der Situation des Einzelfalles entsprechend der Leistungsfähigkeit der/des Unterhaltspflichtigen. Das Verfahren ist in §§ 93 ff. SGB XII geregelt.

## 3. Mitwirkungspflichten des Hilfesuchenden. Grenzen der Mitwirkung

Die Mitwirkungspflicht des Hilfesuchenden sind im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches (SGB I) festgelegt. Das Gesetz schreibt vor, dass der Hilfesuchende im Rahmen der Prüfung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse mitwirken muss.

Es sind alle Angaben mitzuteilen und durch entsprechende Nachweise zu belegen, die dem Sozialhilfeträger ermöglichen, den Sozialhilfeanspruch gemäß den gesetzlichen Bestimmungen feststellen zu können.

Das Sozialgesetzbuch (§§ 60 bis 64 SGB I) beschreibt die wesentlichen Mitwirkungspflichten des/der Leistungsberechtigten wie folgt:

- Er hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Auf Verlangen des zuständigen Leitungsträgers hat er der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,

- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind hat er unverzüglich mitzuteilen.
- Der Leistungsberechtigte hat Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zustimmen.
- Er soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendigen Maßnahmen persönlich erscheinen.

Der Mitwirkungspflicht des Bürgers sind allerdings Grenzen gesetzt. Die Mitwirkung muss beispielsweise in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung stehen. Andererseits kann eine Mitwirkung nicht gefordert werden, wenn sie für den Bürger aus wichtigem Grund nicht zumutbar ist oder wenn sich die Behörde durch einen geringeren Aufwand als der Betroffene die erforderlichen Erkenntnisse selbst beschaffen kann.

#### **4. Unterrichtung des Leistungsberechtigten**

Über die Mitwirkungspflichten hat der Träger der Sozialhilfe den Hilfesuchenden ausdrücklich zu unterrichten. Dies geschieht mit diesem Merkblatt, das dem Hilfesuchenden zusammen mit dem Sozialhilfeantrag ausgehändigt wird. Der Hilfesuchende bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er das Merkblatt erhalten hat und somit über dessen Inhalt unterrichtet worden ist.

#### **5. Folgen fehlender Mitwirkung oder falsche Angaben**

Kommt ein Hilfesuchender oder Hilfeempfänger seiner Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, so kann der Träger der Sozialhilfe die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. In einem solchen Fall wird der Hilfesuchende im Einzelnen schriftlich darauf hingewiesen (§§ 65 bis 67 SGB I).

Wer wissentlich falsche oder unvollständige Angaben macht, kann wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden (§263 Strafgesetzbuch).

#### **6. Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen**

Hat ein Hilfeempfänger beispielsweise durch absichtlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben Sozialhilfe zu Unrecht erhalten, so muss er die Leistungen erstatten.

#### **7. Schutz der Sozialdaten**

Angaben des Hilfesuchenden über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden als Sozialgeheimnis behandelt und anderen nicht unbefugt offenbart. Eine Offenbarung ist nur zulässig, wenn der betroffenen im Einzelfall einwilligt oder wenn eine Offenbarung gesetzlich erlaubt ist (§ 67 SGB X)

### **Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil** Vom 11. Dezember 1975 (BGBl. 1S.3015) **DRITTER TEIL : MITWIRKUNG DES LEISTUNGSBERECHTIGTEN**

#### **§ 60 Angaben von Tatsachen**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

- a) Alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- b) Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,

- c) Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihre Vorlage zuzustimmen.  
Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Nr.1) und 2) genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

### **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

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

### **Auszug aus dem Strafgesetzbuch**

#### **§ 263 Betrug**

- (1) Wer in Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem bis sechs Monaten.
- (4) § 243 Absatz 2 sowie §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr.2).

<b>Folgende Unterlagen sind mitzubringen:</b>	liegt vor	muss nachgereicht werden
<input type="checkbox"/> <b>Personalausweis / Meldebestätigung</b> (bei nichtdeutschen Antragstellern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Vollständige Anschrift der/des Eltern / Kinder / Ehegatten / gesch. Ehegatten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Geburtsurkunde des Kindes, Mutterpass</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Sterbeurkunde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Unterhaltsurteile / Scheidungsurteil</b> (sofern Scheidung der Ehe erfolgte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>sämtliche Einkommensnachweise</b> Rentenbescheide, Krankengeldbescheid, Lohn- / Gehaltsabrechnung, Weihnachts- / Urlaubsgeld, Arbeitslosengeldbescheid (ggf. Ablehnungsbescheid), Bafög-Bescheid (ggf. Nachweis das kein Anspruch besteht), Kindergeldbescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Erziehungsgeldbescheid</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Unterhaltsregelung und Aufenthalt des Kindesvaters</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Einkommensnachweise der Eltern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Einstellungsbescheid des vorherigen Leistungsträgers</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Unterlagen über die Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Kontoauszüge</b> der letzten <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> _____ Monate (lückenlos) bzw. Kontenübersicht / Konto-Spiegel von der Bank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Sparbücher</b> (auch aufgelöste Sparbücher), Aktien- und sonstige Depotkonten, Sparverträge / Bausparverträge, Nachweise Vermögenswirksame Leistungen, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Versicherungspolicen</b> (Lebensvers. / Unfallvers./ Sterbegeldversicherung etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>KFZ – Schein, KFZ – Brief, Kaufvertrag</b> (sofern Fahrzeug vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Nachweise wie Sie Ihr Auto finanzieren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Krankenversicherungsnachweis / Krankenversicherungsnr.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<b>Mietvertrag, Mietbescheinigung, Heizkostennachweis, Schlussrechnung EVM</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Wohngeldbescheid</b> (sofern Wohngeld bezogen wurde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Nachweis, dass zukünftig die Miet-Zahlung über die ARGE geleistet wird</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Nachweis, dass die Schuldner keine Ratenzahlung als ausreichend erachtet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b><u>bei Haus-/Wohneigentum</u></b> <b>aktueller Grundbuchauszug</b> (erhältlich beim Amtsgericht) <b>Ausgabenaufstellung</b> aller mit dem Eigentum verbundener Kosten unter Beifügung entspr. Belege (z. B. Grundsteuer, Versicherung etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Vertragliche Unterlagen (Notarvertrag)</b> über die Einräumung eines Wohnrechtes, Nießbrauchrechtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung und vollständiges Pflegegutachten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	bei <b><u>Selbstzahlern</u></b> : Gegenüberstellung der in Rechnung gestellten Heimkosten zu den verbrauchten Eigenmitteln unter Vorlage der Belege (Kontoauszüge, Rechnungsbelege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Stellungnahme Krankenhaussozialdienst (bei Krankenhausaufenthalt)</b> <b>bzw. Stellungnahme vom Hausarzt/ambulanten Pflegedienst (bei häuslicher Unterbringung) über die gesundheitliche Situation/Erfordernis der Heimunterbringung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Ärztlicher Fragebogen (bei Krankenhaus / Rehaklinikaufenthalt)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Bescheinigung über die Erforderlichkeit der vollstationären Pflege (EVP)</b> erhältlich bei der zuständigen Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Pflegesatzvereinbarung</b> des aufnehmenden Alten- und Pflegeheimes (nur bei <u>Einrichtungen, die außerhalb von Koblenz</u> liegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Betreuungsausweis bzw. entspr. Vollmachten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>