

| |
|-----------------------------------|
| Landkreis Wesermarsch |
| Der Landrat |
| Fachdienst Soziales |
| Poggenburger Str. 15, 26919 Brake |

| |
|---------------|
| Aktenzeichen: |
|---------------|

Antrag auf Gewährung von Hilfe zur Schulbildung

Gewünschte Hilfe: _____

Ab wann: _____

Begründung: _____

Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Gemäß §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 9 Abs. 1 BDSG).

Nichtzutreffendes ist von Ihnen im Antrag bitte zu streichen.

| 1. Persönliche Verhältnisse | a) Hilfesuchende Person | | b) Ehegatte (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) und der Eltern (auch bei Volljährigen) | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| | | | Ehegatte/Vater | Mutter |
| Name (ggf. auch Geburtsname) | | | | |
| Vornamen | | | | |
| Geburtsdatum | geb. am | | geb. am | geb. am |
| | in | | in | in |
| | | | verst. am | verst. am |
| Familienstand | seit | | seit | seit |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Wohnort | | | | |
| Straße, Nr. | | | | |
| Telefonnummer | | | | |
| Arbeitgeber | | | | |
| Anschrift | | | | |
| zuletzt ausgeübte Tätigkeit | | | | |
| zuletzt krankenversichert bei | | | | |
| | vom | bis | vom | bis |
| kriegsbeschädigt gefallen am/vermisst seit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v. H. | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v. H. | |
| | H. | | | |
| | | | | |

2. Sonstige Personen, mit denen die hilfeschende Person noch **in Haushaltsgemeinschaft** lebt:

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Name (ggf. auch Geburtsname) | | | | | |
| Vorname | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | |
| Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zur hilfeschenden Person | / | / | / | / | / |
| Beruf | | | | | |
| Arbeitgeber oder Art der Rente usw. | | | | | |
| Höhe des Einkommens (monatlich netto) | | | | | |

3. Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige der hilfeschenden Person **außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**: (z. B. ehelich/nichtehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Name (ggf. auch Geburtsname) | | | | | |
| Vorname | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | |
| Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zur hilfeschenden Person | / | / | / | / | / |
| Wohnort | | | | | |
| Straße, Nr. | | | | | |
| Beruf | | | | | |
| Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Pensionsfestsetzungsbehörde | | | | | |

4. Sonstige Angaben

a) Wurde für die hilfeschende Person eine betreuende Person gem. Betreuungsgesetz nein ja durch Amtsgericht _____ Az.: _____ bestellt?
 dessen Name, Vorname, Straße, Wohnort: _____
 Wirkungskreis der Betreuung: _____

b) Frühere Ehegatten der hilfeschenden Person: (soweit nicht bereits auf S. 1 angegeben)

 (Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag) _____

c) Soweit die Ehe mit dem verstorbenen oder auf S. 1 angegebenen Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde bzw. die Ehegatten getrennt leben:
 Urteil des Land-/Familiengerichts in _____ vom _____ Az.: _____
 (Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen!)

d) Wurde die hilfeschende Person Nichtehelich geboren? ja nein
 Wenn ja, Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages € _____. Geht dieser lfd. in voller Höhe ein?
 Ja nein (Unterhaltsregelung bitte beifügen!)

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| e) Beihilfeanspruch der hilfeschenden Person, des Ehegatten oder Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| Beihilfeberechtigte Person _____ Beihilfe gewährende Stelle _____ | |
| f) Dauernde Behinderung, Krankheit besteht durch: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| - angeborene Behinderung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Schädigung durch Dritte | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Unfall | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Impfschaden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Genetischer Defekt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Sonstige Behinderung (Bitte auf Seite 4 genauer erläutern) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden im Zusammenhang mit einer möglichen Schädigung Schadensersatzansprüche geltend gemacht? | |
| Wenn ja bei wem? _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| g) Grad der Behinderung | |
| <input type="checkbox"/> Hilfesuchende Person GdB _____ % festgestellt Versorgungsamt _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige im Haushalt lebende Person (Name _____ GdB _____ % festgestellt Versorgungsamt (Bitte Schwerbehindertenausweis beifügen) Merkzeichen _____ | |
| h) Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen? | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | |
| vom _____ bis _____ Behörde: _____ | Hilfeart: _____ |
| i) Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene K i n d e r (eheliche, für ehelich erklärte, an Kindes Statt angenommene, nichteheliche Kinder, Stief- und Pflegekinder, Enkel) und Ehegatten | |
| (Name, Vorname, Geb.-Datum, Sterbetag) _____ | |
| j) Im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorbene K i n d e r (eheliche, für ehelich erklärte, an Kindes Statt angenommene, nichteheliche Kinder, Stief- und Pflegekinder, Enkel) und Ehegatten | |
| (Name, Vorname, Geb.-Datum, Sterbetag) _____ | |
| k) Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden gestellt (z. B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Pflegegeld) mit Angabe von Behörde und Aktenzeichen: | |
| _____ | |
| l) Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden abgelehnt (z. B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Pflegegeld) mit Angabe von Behörde und Aktenzeichen: | |
| _____ | |

5. Aufenthaltsverhältnisse der hilfeschenden Person

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| a) (bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung) Aufenthaltsorte in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme | _____ |
| b) (bei Übertritt von einer stationären Einrichtung in eine andere stationäre Einrichtung) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine stationäre Einrichtung? Wer war bisher Kostenträger? Bezeichnung und Ort der Einrichtung | _____ _____ _____ |
| c) bei Übertritt aus dem Ausland, Tag und Ort des Grenzübertritts | _____ |

7. Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte(z. B. Versorgung, Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege, Darlehen)
Urkunden beilegen!

(Verträge, notarielle

| |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art, Höhe: _____ |
|------------------------------------------------------------------------------|

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Leistungen nach dem SGB II, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Mir ist bekannt, dass nach § 26 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) die Hilfe bis auf das Unerlässliche eingeschränkt werden kann, wenn das Einkommen oder Vermögen in der Absicht vermindert wurde, die Voraussetzungen für die Gewährung oder Erhöhung der Hilfe herbeizuführen und dass gem. § 528 BGB ein Schenker von dem Beschenkten die Herausgabe des Geschenkes nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung fordern kann, soweit der Schenker nach Vollziehung der Schenkung außerstande ist, seinen angemessenen Unterhalt zu bestreiten.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, sich bei allen Sparkassen und Banken nach meinem jetzigen und früheren Guthaben zu erkundigen, wozu ich die Finanzinstitute hiermit vom Bankgeheimnis entbinde.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Das letztbehandelnde Krankenhaus, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Das letztbehandelnde Krankenhaus und (soweit von dort notwendige Angaben nicht zu erhalten sind) den ambulant behandelnden Arzt entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für die Hilfestellung erforderlich ist.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsoferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.

| | | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | | |
| PLZ, Ort, Datum | Unterschrift der hilfesuchenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters | Unterschrift des Ehegatten |

a) Der Antrag auf Hilfe ist hier am _____ aufgenommen worden oder eingegangen.

Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen.

Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

b) U. mit _____ Belegen

an: _____

Weitergeleitet mit folgender Stellungnahme

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift