

<b>Landkreis Wesermarsch</b>
<b>Der Landrat</b>
<b>Fachdienst Soziales</b>
Poggenburger Str. 15, 26919 Brake

Aktenzeichen:
---------------

## Antrag auf Gewährung von Hilfe

Art der Hilfe: z. B.  Wohnheim

Werkstatt (bitte Arbeitsstunden pro Woche angeben)  Stunden/ Woche

Ambulante Betreuung oder  Tagesstätte

Sonstige (bitte benennen) \_\_\_\_\_

Beginn der Hilfe ab: \_\_\_\_\_

**Begründung und nähere Angaben: Bitte auf Seite 4 angeben!**

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	Hilfesuchende Person	a) des Ehegatten und <small>(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)</small>	
		b) der Eltern <small>(auch bei Volljährigen)</small>	
		Ehemann/ Vater <small>(bei Platzmangel bitte auch Seite 2 Punkt 3. nutzen)</small>	Ehefrau/ Mutter <small>(bei Platzmangel bitte auch Seite 2 Punkt 3. nutzen)</small>
Name (ggf. auch Geburtsname)			
Vornamen			
Geburtsdatum	geb. am	geb. am	geb. am
	in	in	in
		verst. am	verst. am
Familienstand	seit	seit	seit
Steueridentifikationsnummer			
Staatsangehörigkeit			
Wohnort			
Straße, Nr.			
Telefonnummer			
Arbeitgeber			
Anschrift			
zuletzt ausgeübte Tätigkeit			
zuletzt krankenversichert bei			
	vom bis	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.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja v. 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) <b>Dauernde Behinderung, Krankheit besteht durch:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
- <b>angeborene Behinderung</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
- <b>Schädigung durch Dritte</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
- <b>Unfall</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
- <b>Impfschaden</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
- <b>Berufskrankheit</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
- <b>Genetischer Defekt</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
- <b>Sonstige Behinderung (Bitte auf Seite 4 genauer erläutern)</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wurden im Zusammenhang mit einer möglichen Schädigung Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</b>	
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 <b>(Bitte Schwerbehindertenausweis beifügen)</b> 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 <b>K i n d e r</b> (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 <b>K i n d e r</b> (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 _____	



# Wirtschaftliche Verhältnisse der hilfeschenden Person, des Ehegatten bzw. bei ledigen minderjährigen hilfeschenden Person der Eltern

## 1. Einkommensverhältnisse:

<b>Schlüsselzahlen für Einkommen</b>			
<b>1) Tätigkeit</b> 1.1 = selbständige Arbeit 1.2 = unselbständige Arbeit 1.3 = Krankengeld 1.4 = Schlechtwettergeld 1.5 = Arbeitslosengeld 1.6 = Arbeitslosenhilfe 1.7 = Übergangsgeld 1.8 = Konkursausfallgeld 1.9 = Kurzarbeitergeld 1.10 = Mutterschaftsgeld 1.11 = Grundsicherung 1.12 = Elterngeld	<b>2) Gesetzliche Rentenversicherung</b> 2.1 = Berufsunf.-Rente 2.2 = Erwerbsunf.-Rente 2.3 = Altersruhegeld 2.4 = Witwen-, Waisenrente 2.5 = Unfallrente ( %)  <b>3) Versorgung (BVG, HHG, SVG, OEG)</b> 3.1 = Grundrente, Kleiderverschleiß, Schwerstbeschädigtenzulage 3.1 = Pflegezulage, Führhundzulage 3.3 = Elternrente 3.4 = sonstige BVG-Rente  <b>4) Lastenausgleich</b> 4.1 = Unterhaltshilfe 4.2 = Entschädigungsrente	<b>5) Öffentlicher Dienst</b> 5.1 = Ruhegehalt 5.2 = Witwengeld 5.3 = Waisengeld  <b>6) Rentenähnliche Leistungen</b> 6.1 = betriebliche Zuwendungen 6.2 = Zusatzrente 6.3 = Leibrente, Leibgeding 6.4 = Altersgeld für Landwirte 6.5 = Entschädigungsrente (BEG) 6.6 = Unterhaltsbeiträge 6.7 = Leistung von Stiftung „Hilfswerk f. behind. Kinder“	<b>7) Sonstige Leistungen</b> 7.1 = Kindergeld 7.2 = Leistungen nach UVG 7.3 = Leistungen nach dem USG 7.4 = Leistungen nach dem BAföG  <b>8) Einkommen aus Vermögen</b> 8.1 = Zinsen, Vermögensertrag 8.2 = Vermietung, Verpachtung  <b>9) Sonstige Einkommen</b> 9.1 = _____ 9.2 = _____
<b>Nettoeinkommen monatlich</b>	<b>a) der hilfeschenden Person</b>	<b>b) des Ehegatten (auch wenn geschieden oder getrennt lebend). Bei ledigen minderjährigen hilfesch. Person hier Angaben über die Eltern</b>	
Entsprechende Schlüsselzahlen vor den Einkommensbetrag schreiben	/ €	/ €	/ €
	/ €	/ €	/ €
	/ €	/ €	/ €
Einkommensangaben sind mit Nachweisen zu belegen	/ €	/ €	/ €
	/ €	/ €	/ €
Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen angeben: (z. B. Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)			

## 2. Vom Einkommen absetzbare Beträge (bitte belegen!)

### 2.1 Notwendige Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte

Einfache Entfernung Arbeitsstätte und Wohnung: _____ km
Die Wege zur Arbeitsstätte werden zurückgelegt mit:
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Kleinkraftwagen (drei- oder vierrädriges Kfz mit Hubraum von nicht mehr als 500 ccm)
<input type="checkbox"/> Fahrrad mit Motor <input type="checkbox"/> öffentlichen Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Motorrad oder Motorroller <input type="checkbox"/> zu Fuß

### 2.2 Beiträge zu Berufsverbänden (z. B. Gewerkschaft und dergl.)

Organisation:
Monatsbeitrag: _____ €

### Besondere Belastungen (z. B. Arbeitskleidung, Werkzeug)

	€
	€

## 2.4 Versicherungen

Versicherungsart	Versicherungsgesellschaft	Versicherungsbeitrag (jährlich)
Privathaftpflicht		
Hausratversicherung		
Unfallversicherung		
Sterbegeldversicherung		
Sonstige (bitte genaue Bezeichnung)		

## 3. Besondere Belastungen (z. B. Krankheit, Behinderung, Unterstützung von Angehörigen) (bitte belegen!)


## 4. Schulden (bitte durch Unterlagen belegen!)

Name Gläubiger, Schuldner, Grund und Zeitpunkt der Schuldaufnahme	derzeitige Restschuld	Zinsen mtl.		Tilgung, Raten mtl.	
		%	€	%	€

## 5. Vermögensverhältnisse der hilfesuchenden Person, des Ehegatten und, wenn minderjährig und unverheiratet, der Eltern: (bitte durch Unterlagen belegen!)

Name	Bargeld €	Spar- und Bankguthaben		Wertpapiere €	Kapital-Versicherungen		sonstige Vermögen
		Bauspar- u. sonst. Sparverträge			Summe	Fälligkeit	
Hilfesuchende Person		bei		Nennwert:			
		Kto.-Nr.	€	Art:			
		bei		Nennwert:			
		Kto.-Nr.	€	Art:			
Ehegatte		bei		Nennwert:			
		Kto.-Nr.	€	Art:			
Vater		bei		Nennwert:			
		Kto.-Nr.	€	Art:			
Mutter		bei		Nennwert:			
		Kto.-Nr.	€	Art:			

## 6. Wohnverhältnisse der hilfesuchenden Person und der in Haushaltsgemeinschaften lebenden Personen:

Bewohnt wird:	
<input type="checkbox"/>	Eigenheim/Eigentumswohnung (bitte weitere Angaben zu <b>Ziffer 7</b> )
<input type="checkbox"/>	Mietwohnung Eigentümer (Name und Anschrift) _____
Wohnungsgröße insgesamt _____ qm	Wohnung besteht aus _____ Zimmer(n) _____ Küche _____ Nebenräume
Untervermietet sind folgende Räume: _____	
Ausgaben für Untervermietung:	_____ €
Einnahmen aus Untervermietung	_____ €
<b>Monatliche Ausgaben gemäß Mietvertrag:</b>	
Grundmiete	_____ €
<u>Nebenkosten</u>	
Grundsteuer	_____ €
Frischwasserversorgung	_____ €
Kanalisationsgebühren	_____ €
Müllabfuhr	_____ €
Flurbeleuchtung	_____ €
Schornsteinreinigung	_____ €
Heizung	_____ €
Strom	_____ €
Sonstiges (Ausgaben bitte genau bezeichnen)	_____ €
Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____	
oder Wohngeld ist bewilligt mit monatlich € _____ bis einschließlich _____	

## 7. Wohn- und Grundeigentum

Lage des Grundstückes: \_\_\_\_\_ Straße Nr.: \_\_\_\_\_

Eigentümer: \_\_\_\_\_ Straße Nr.: \_\_\_\_\_

Das Haus ist fertiggestellt und bezogen am: \_\_\_\_\_ Grundbuch: Band \_\_\_\_\_ Blatt \_\_\_\_\_

Gesamtwohnfläche: \_\_\_\_\_ qm, davon sind \_\_\_\_\_ qm vermietet.

(Etwaige Mieteinnahmen sind unter Ziffer III einzutragen.)

### I. Fremdkapital

Gläubiger	Anfangsschuld €	Schuldsumme		* Tilgung jährlich €	* Zinsen jährlich €
		Restschuld €	am		

Ich versichere hiermit die Vollständigkeit vorstehender Angaben. Die unter Ziff. I aufgeführten Hypotheken wurden ausschließlich für den Bau bzw. für die Instandsetzung des Hauses aufgenommen.

#### Anmerkung:

Von den Zinsen sind Zinszuschüsse nicht abzuziehen; Zinszuschüsse erscheinen bei den Einnahmen.

\* Zinsen und Tilgung sind getrennt aufzuführen

**II. Betriebskosten (jährlich)**

Grundsteuer	_____	€	
Kanalisationsgebühren	_____	€	
Müllabfuhr	_____	€	
Straßenreinigung	_____	€	
Brandkasse	_____	€	
Gebäudeversicherungen	_____	€	
sonstige Ausgaben	=====	€	_____ €

hiervon werden bei Vermietung von Wohnraum durch den Vermieter  
aufgebracht (jährlich) \_\_\_\_\_ €

**III. Einnahmen aus Haus- und Wohnungseigentum**

für _____ Wohnungen insgesamt	_____	€
für Leerzimmer	_____	€
für _____ möblierte(s) Wohnung(en)/Zimmer	_____	€
für gewerbliche Räume	_____	€
für _____ Garagen	=====	€
<b>insgesamt</b>	_____	€

Wohngeld (Lastenzuschuss)

beantragt am/bewilligt bis \_\_\_\_\_ (mtl.) \_\_\_\_\_ €

Zins- und Tilgungszuschüsse

bewilligt bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ (jährl.) \_\_\_\_\_ €

**Sämtliche Angaben über Einnahmen und Ausgaben sind zu belegen durch Mietbücher, Steuerbescheide, Versicherungspolicen, Rechnungen, Quittungen usw.**

**8. Vermögensangabe (Verträge, notarielle Urkunden beilegen!)**

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein     ja (entsprechende Nachweise vorlegen)

Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger \_\_\_\_\_



**9. Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte**

(z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege, Darlehen)

(Verträge, notarielle Urkunden beilegen!)

nein  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 Hilfgewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, 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 sowie den gutachterlich tätigen Arzt des Fachdienstes Gesundheit des Landkreises Wesermarsch entbinde ich hiermit gegenüber dem Träger der Hilfe von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für die Hilfgewährung erforderlich ist.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass

➤ personenbezogene Daten zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs unseres Kindes innerhalb des Landkreises Wesermarsch zwischen dem Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt übermittelt werden, damit über die beantragte Leistung entschieden werden kann.

➤ zur Ermittlung des Hilfebedarfs ggf. mit anderen Rehabilitationsträgern (z.B. Träger der Jugendhilfe) Kontakt aufgenommen und der Antrag weitergeleitet werden kann.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFüVsV 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