

<b>Landkreis Wesermarsch</b>
<b>Der Landrat</b>
<b>Fachdienst 50 - Soziales</b>
Poggenburger Str. 15, 26919 Brake

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

## Folgeantrag 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)

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).

Bitte geben Sie die seit der letztmaligen Beantragung eingetretenen Änderungen an.

### 1. Persönliche Verhältnisse

<b>Persönliche Verhältnisse (Mindestangaben grau unterlegt)</b>	Der hilfesuchenden Person	a) des Ehegatten und <small>(auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)</small>	
		b) der Eltern <small>(auch bei Volljährigen)</small> <b>Ehegatte/ Vater</b> <small>(bei Platzmangel bitte auch Seite 2 Punkt 3. nutzen)</small>	<b>Ehefrau/ Mutter</b> <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
Steueridentifikationsnummer			
Anschrift			
Telefonnummer			
Änderungen	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	<input type="checkbox"/> keine Änderungen
Änderungen <small>(z.B. Wohnort, Familienstand, Staats- angehörigkeit, Arbeitgeber)</small>			

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

<input type="checkbox"/> keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen (z.B. Ein- oder Auszug von Personen)
---	--

**3. Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige der hilfesuchenden Person außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:**

<input type="checkbox"/> keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen (z. B. ehelich/nichtehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)
---	--

**4. Werkstattbeschäftigte**

Teilnahme am Mittagessen <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> Änderungen (z. B. Änderung der Wochenarbeitszeit/ Teilnahme oder Nichtteilnahme am Mittagessen.) <input type="checkbox"/> Teilnahme am Mittagessen    seit _____ <input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am Mittagessen    seit _____
Wochenarbeitszeit <input type="text"/> Stunden	Änderung der Wochenarbeitszeit auf <input type="text"/> Stunden ab _____

**5. Sonstige Angaben**

<input type="checkbox"/> keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen (z. B. Scheidung, Betreuerwechsel, Gewährung anderer Sozialleistungen, etc.)
---	--

**6. Kontoverbindung**

<input type="checkbox"/> keine Änderungen	<input type="checkbox"/> Änderungen	
	Bank	
	Bankleitzahl	
	Kontonummer	

**7. Wirtschaftliche Verhältnisse des Hilfesuchenden, seines Ehegatten bzw. bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden der Eltern**

		Änderungen
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	
Arbeitslosengeld I / II	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	
sonstige Sozialleistungen (z.B. Erziehungsgeld, Kindergeld, Unterhaltsvorschuss, etc.)	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	
Rente (z.B. Alters-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente)	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	
sonstiges Einkommen (z.B. Zinsen, Erträge aus Vermietung / Verpachtung)	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	

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 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 Sozialhilfeträger und Jugendhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für die Hilfestellung erforderlich ist.

--	--	--

PLZ, Ort, Datum

Unterschrift des hilfesuchenden Person  
bzw. seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

---