

Sozialhilfefragebogen

Eingangsstempel
Az:

- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß §§ 53 ff. SGB XII
- Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten gemäß §§ 67 ff. SGB XII
- Blindenhilfe gemäß § 72 SGB XII
- Bestattungskosten gemäß § 74 SGB XII

Art der Hilfe: _____

Zutreffendes ankreuzen

1. Persönliche Verhältnisse

	Antragsteller/in	In Haushaltsgemeinschaft lebende/r Ehegatte/in, Lebenspartner/in, -gefährte/in
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum und -ort		
Telefonnummer, E-Mail-Adresse		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer) Nachweise beifügen		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Bevollmächtigte/r, Betreuer/in, Vormund <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja: Name, Anschrift, Tel. (Nachweis beifügen):	

2. In der Haushaltsgemeinschaft (außer Personen unter 1) lebende Personen

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Verwandtschaftsverhältnis zum AS				
Ausgeübte Tätigkeit/ Beruf				
Monatliches Einkommen (Nachweis beifügen)				

3. Kinder, Eltern, sonstige Unterhaltspflichtige – soweit nicht unter 1 und 2 erfasst

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Verwandtschafts- verhältnis zum AS				
Familienstand				
Ausgeübte Tätigkeit/ Beruf				

4. Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs-/ Mitgliedsnummer	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung über _____ Name, Vorname des Hauptversicherten

5. Kosten der Unterkunft (Wohnverhältnisse), Nachweise beifügen

Der Antragsteller wohnt im eigenen Haus/
in eigener Wohnung in Miete in einer
Einrichtung mietfrei

	Monatlich €	
Kaltmiete		
Darlehensrückzahlung bei Haus- bzw. Wohnungseigentum (Tilgung und Zinsen getrennt)	Tilgung monatlich €	Zinsen monatlich €
Kreditinstitut: _____ _____ _____		
Haus-/ Wohnungseigentum bzw. Mietwohnung		
Nebenkosten - Wassergeld - Grundsteuer - Gebäudeversicherungen - Kanalgebühren - Müllabfuhrgebühren - Schornsteinfegergebühren	_____ _____ _____ _____ _____	
Sonstige Nebenkosten		
Heizkosten		

6. Wirtschaftliche Verhältnisse der unter 1 aufgeführten Personen (Nachweise beifügen)

	Antragsteller/in (monatlich €)	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, -gefährte/in (monatlich €)
Monatliches Nettoeinkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit		
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (aktuelle Einnahme- / Überschussrechnung u. letzter Steuerbescheid beifügen)		
Einkünfte aus Kapitalvermögen		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung		
Arbeitslosengeld 1		
Arbeitslosengeld 2 (Hartz 4)		
Grundsicherungsleistungen SGB XII		
Wohngeld		
Kindergeld		
Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss		
Krankengeld		
Leistungen der Pflegekasse		
Altersrente		
Erwerbsminderungsrente		
Hinterbliebenenrente		
Unfallrente		
Übergangsgeld		
Betriebsrente		
Pension		
Sachbezüge	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge
Einmalige Einkünfte i. d. letzten 12 Monaten (z.B. Einkommenssteuererstattung)		
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Grundrente, Opferentschädigungsrente)		
Lastenausgleich, z.B. Unterhaltshilfe, Entschädigungsrente, Pflegezulage		
Sonstiges Einkommen:		

Bemerkungen

7. Fahrtkosten zur Arbeitsstätte

Es werden grundsätzlich nur die Kosten einer Monatskarte mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt	Monatlich €
- Monatskarte für (Name): _____ - Monatskarte für (Name): _____	_____ _____
Wenn kein öffentliches Verkehrsmittel vorhanden ist oder dessen Benutzung unzumutbar ist, kann auch eine Entfernungspauschale für ein Kraftfahrzeug anerkannt werden.	Fahrzeugart: _____ Hubraum: _____
Kurze Begründung: (z.B. Schichtarbeit)	Kürzeste Entfernung von der Wohnung zur Arbeitsstätte (einfach):
	Fahrgemeinschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

8. Beiträge für Berufsverbände (Nachweise beifügen)

Z.B. Gewerkschafts-, Innungs-, Standesorganisationen	Monatlich €

9. Versicherungen

(Versicherungspolice und Nachweise der Beitragszahlung beifügen)

Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, z. B. Alterssicherung, Lebensversicherung, private Kranken-, Unfall-, Sterbegeld- oder Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung, Ausbildungs- und Aussteuerversicherung	
Art der Versicherung	Beitrag monatlich €

10. Sonstige Belastungen (Nachweise beifügen)

Angaben über die Verpflichtung: Grund, Höhe der Zahlung monatlich, Laufzeit

11. Vermögensverhältnisse (Nachweise beifügen)

Ich/ wir habe(n) kein Vermögen (Antragsteller/in und Ehegatte/in, Lebenspartner/in, -gefährte/in, Eltern bei minderjährigen Kindern)

Ich/ wir habe(n) folgendes Vermögen (Antragsteller/in und Ehegatte/in, Lebenspartner/in, -gefährte/in, Eltern bei minderjährigen Kindern)

	Art des Guthabens, Kreditinstitut	Höhe des Guthabens in €
Guthaben und Bargeld (z.B. Guthaben auf Giro- und sonstigen Bankkonten, Sparbuch, Prämien- und Bausparverträgen), Geschäftsanteile		
Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Aktien)		
Forderungen (z.B. aus Darlehen, Erbteil, Altenteilsverträgen, Überlassungsverträgen, Leibrentenverträgen, sonstigen Verträgen)		

Selbstbewohntes Haus-, Wohnungseigentum, Wohnrecht
 Ort, Straße, Hausnummer: _____
 Einfamilienhaus
 Mehrfamilienhaus
 Wohnfläche: _____ m²

Sonstiger Grundbesitz, Haus-, Wohnungseigentum, der vom Antragsteller nicht selbst bewohnt/ genutzt wird (Art, Lage, Fläche, Verkehrswert)	
--	--

Sonstiges Vermögen (z.B. Lebensversicherungen – Rückkaufswert, Sterbegeldversicherung, Bestattungsvorsorgevertrag, Sachwerte, wertvoller Hausrat, Schmuckstücke)	
--	--

Kraftfahrzeug(e) (Art, Modell, Baujahr, km-Stand)	
---	--

Ich/ wir haben in den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt.

Früheres Vermögen: Ich/ wir habe(n) in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen (z.B. Barvermögen, Haus- oder Grundbesitz) veräußert, übertragen oder verschenkt.	Bezeichnung:	Datum:
Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben)		
Name, Vorname, Anschrift des Schenkers		
Name, Vorname, Anschrift des Beschenkten		

12. Weitere Ansprüche der unter 1 aufgeführten Personen

Bestehen sonstige Ansprüche (z.B. Beihilfe im öffentlichen Dienst)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Gesundheitsschaden durch Unfall oder Fremdverschulden eingetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten? (z.B. Versicherungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde beim zuständigen Amt für soziale Angelegenheiten ein Schwerbehindertenausweis beantragt bzw. von dort ein Ausweis ausgestellt? (Feststellungsbescheid und Ausweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI) vor? (MDK-Gutachten beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

13. Befindet sich der/die Antragsteller/in in einer Pflegefamilie? Ja Nein

14. Aufenthaltsverhältnisse des/r Antragstellers/in vor Antragstellung bzw. vor Heimaufnahme

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort (Datum)	
Vorherige Aufenthaltsorte (3 Monate vor Antragstellung bzw. vor Heimaufnahme)	
Stationäre oder ambulante Betreuung vor Antragstellung (z.B. Pflegeheim, Kinderheim, Behinderten-Wohnheim, ambulant betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name, Anschrift der Einrichtung/ der ambulanten Wohnmöglichkeit <hr/> Kostenträger für den Aufenthalt in der Einrichtung/ der ambulanten Betreuung <hr/>

15. Bankverbindung

Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber	IBAN	BIC	Kreditinstitut

16. Allgemeine Hinweise

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Das **Merkblatt** habe ich/ haben wir erhalten.

Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine Mitwirkungspflicht nach Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde. Soweit ich laufende Leistungen erhalte, verpflichte ich mich, jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnortwechsel, Änderung in den Familienverhältnissen) und Änderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in und Ehegatte/in, Lebenspartner/in, gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Bitte senden Sie den Sozialhilfeantrag an folgende Adresse:

Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück-Kreis
Fachbereich 23
Ludwigstraße 3-5
55469 Simmern

Anlagen:

- 1 Merkblatt zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII
- 2 Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht
- 3 Vollmacht zur Beantragung von Wohngeld (bei Antrag auf vollstationären Pflegeheimaufenthalt)