

AsylbLG  SGB XII; beantragte Hilfe (Kap.): 7. Kapitel SGB XII; Leistungen  a.E.  i.E.

<b>Personen der Bedarfsgemeinschaft</b>	PZ 1 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <b>Hilfesuchender / Antragsteller(-in)</b>	PZ 2 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> <b>Vater</b> (bei Minderjährigen) <input type="checkbox"/> <b>Ehegatte/Lebenspartner</b>	PZ 3 <input type="checkbox"/> <b>Mutter</b> (bei Minderjährigen)	
<b>Name, Vorname</b>	_____ , _____	_____ , _____	_____ , _____	
<b>Geburtsname</b>	_____	_____		
<b>Anschrift</b>	_____			
<b>Geburtsdatum /-ort</b>	_____ in _____	_____ in _____		
<b>Familienstand</b>	_____ seit _____	_____ seit _____	_____ seit _____	
	bei getrennt Lebenden / Geschiedenen bitte Vordruck „Unterhaltspflichtige“ aufnehmen			
<b>Telefon / E-Mail</b>	Festnetz: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____			
<b>Staatsangehörigkeit</b>	_____	_____		
<b>Ausländerrechtlicher Status</b>	Je nach Aufenthaltsstatus Zuordnung nach AsylbLG / SGB II / SGB XII prüfen			
<b>Schulische/berufliche Qualifikation</b>	_____	_____		
<b>Schwerbehinderung</b>	Grad der Behinderung / Merkmal _____ % _____ Lfd. Antrag ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung / Merkmal _____ % _____ Lfd. Antrag ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung / Merkmal _____ % _____ Lfd. Antrag ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Ggf. Mehrbedarf prüfen			
<input type="checkbox"/> <b>Betreuer:</b> <input type="checkbox"/> <b>Vollmacht:</b>	Name: _____; Anschrift: _____ Telefon: _____; E-Mail: _____			
<b>Einkommen:</b>	Pers.Nr.	Art des Einkommens	Höhe des Einkommens	Arbeitgeber/ Leistungsträger
			_____ €	
			_____ €	
			_____ €	
			_____ €	
			_____ €	
	sonstiges: _____			
<b>Absetzbeträge (Beiträge):</b>	Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mtl.	Betrag: _____
	Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mtl.	Betrag: _____
	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mtl.	Betrag: _____
	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mtl.	Betrag: _____
	KFZ-Haftpflichtversich.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mtl.	Betrag: _____
	Staatlich geförderte Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mtl.	Betrag: _____
	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mtl.	Betrag: _____

**Vermögen**

Pers.Nr.	Vermögen vorhanden:	Schenkungen an Dritte in den letzten 10 Jahren:
PZ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Art: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Art: _____
PZ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Art: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Art: _____

Bei „ja“: Vermögensbogen und ggf. ergänzende Verhandlungsniederschrift aufnehmen

**Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft**

Weitere Personen im Haushalt	PZ 4 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	PZ 5 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	PZ 6 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Geburtsname	_____	_____	_____
Geburtsdatum/-ort	_____ in _____	_____ in _____	_____ in _____
Familienstand	_____ seit _____	_____ seit _____	_____ seit _____
Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtlicher Status	_____	_____	_____
Schulische / berufliche Tätigkeit	_____	_____	_____

Einkommen (Höhe; Art)	_____ €; _____	_____ €; _____	_____ €; _____
	_____ €; _____	_____ €; _____	_____ €; _____
	_____ €; _____	_____ €; _____	_____ €; _____
Bemerkungen:	_____	_____	_____

Weitere Personen bitte ggf. auf zusätzlichem Blatt auflisten

**Kosten der Unterkunft**

Grundmiete: _____ €	Kalte Nebenkosten: _____ € ( <input type="checkbox"/> Vorauszahlung <input type="checkbox"/> Pauschale)	Einnahmen aus Untervermietung: _____ €	Wohngeld / Lastenausgleich: _____ €; bewilligt bis _____
Heizkosten: _____ €	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Nachtspeicher <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	Kochfeuerung <input type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten
Warmwasser:	Kosten mtl. (falls ausgewiesen): _____ €	Art der Warmwasserbereitung: _____	Zu zahlen an: _____ <input type="checkbox"/> Vorauszahlung <input type="checkbox"/> Pauschale
Wohnungsgröße: _____ m <sup>2</sup>	Anzahl der Räume: _____	Möblierung: <input type="checkbox"/> leer <input type="checkbox"/> teilmöbliert <input type="checkbox"/> möbliert	Art der Möblierung: _____
Vermieter (Name + Anschrift / Kontaktdaten): _____			

Aufenthalt in stationärem Heim/ gleichartiger Einrichtung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Zeitraum _____	Name, Anschrift + Kontaktdaten der Einrichtung: _____ _____ _____	letzter g.A. vor Heimaufnahme: _____ _____ _____
--	---	---

Kostenträger des letzten Anstaltsaufenthaltes: _____	Ggf. Tag der Entlassung: _____
--	--------------------------------

**Kranken- und Pflegeversicherungsschutz**

PZ	Versicherungsträger / KV-Nr.	Art der Versicherung	Anmeldung § 264 SGB V erforderlich ?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Offene Ansprüche gegen Dritte (soweit nicht bereits als Einkommen aufgeführt):**

PZ	Versicherungs- oder Leistungsträger / AZ	Art des Anspruches	Leistung beantragt am
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Hausgemeinschaft**

	1. Person	2. Person (falls Antragsteller(in))
Verfügt eines Ihrer Kinder / verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verzicht auf Unterhaltsansprüche <input type="checkbox"/> Unterhalt ist geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind titulierte (bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verzicht auf Unterhaltsansprüche <input type="checkbox"/> Unterhalt ist geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind titulierte (bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt

Für weitere Angaben Vordruck „Erfassung Unterhaltspflichtige“ aufnehmen

**Bei minderjährigen Antragsteller/-innen**

PZ	Elternteile außerhalb des eigenen Haushaltes?	Anerkennung der Vaterschaft (bei nichtehelichen Kindern)	Bei Unterhaltsbeistand-schaft: Wo?	Höhe des festgesetzten Unterhaltsbeitrages Euro monatlich ab	
_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		
_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		
_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		
_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		

Für weitere Angaben Vordruck „Erfassung Unterhaltspflichtige“ aufnehmen

**Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden**

Zugezogen am _____ von _____	Grund: _____
Wurde bereits Sozialhilfe geleistet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in _____	Bis _____
Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Anstaltsaufnahme): Vom – bis _____ Ort + Art des Aufenthaltes _____	
_____	_____ ; _____
_____	_____ ; _____
_____	_____ ; _____

**Bei Übertritt aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach dem Übertritt**

Tag und Ort des Übertritts: _____ / _____	Familienmitglied, welches im Geltungsbereich des SGB XII geboren ist und mit dem Hilfesuchenden bei Eintritt des Bedarfs an Sozialhilfe zusammenlebt: _____
---	---

Kostenerstattung § 108 SGB XII prüfen !

**Bankverbindung**

Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:
IBAN: _____ ; BIC: _____
Kontonummer: _____ ; BLZ: _____ ; Geldinstitut: _____
Von PZ 1 abweichender Kontoinhaber: _____

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir, jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.



### Antragsbegründung (wieso beantragen Sie Leistungen?)


#### Mitglieder im Haushalt

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Leistungsberechtigten	Berufliche Stellung

#### Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts (Kinder und Eltern, geschiedene und getr. lebende Ehepartner und Ehepartnerinnen/Lebenspartner und Lebenspartnerinnen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Leistungsberechtigten	Straße, Postleitzahl, Ort	Berufliche Stellung



## **Anlage zum Antrag auf Hilfe zum Lebensunterhalt (Merkblatt, Seite 1)**

### ***Datenschutz und Mitwirkungspflichten***

Wer Grundsicherung beantragt oder erhält, hat nach §§ 60 ff Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen (z.B. Behörden, Ärzte, Krankenhäuser, Banken), wenn die notwendigen Daten nicht selbst beigebracht werden können. Alle Änderungen in den für die Leistung erheblichen Verhältnissen sind unverzüglich dem Amt für Soziales und Integration unaufgefordert mitzuteilen, insbesondere

- Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Schul- oder Berufsausbildung oder eines Studiums
- Beantragung und Bewilligung von Renten, Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss), Kindergeld, Leistungen des Arbeitsamtes, Unterhaltsvorschussleistungen, anderer Sozialleistungen
- Erhalt von jeglichem Einkommen oder Vermögen
- Änderungen der Höhe laufender Einkünfte und ihren Wegfall
- Änderungen von Grundmiete und Nebenkosten sowie Wohnungswechsel
- Ein- und Auszug von Personen sowie vorübergehende Abwesenheitszeiten von Personen im Haushalt
- Beendigung des Schulbesuches oder einer Ausbildung von Kindern
- Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung, z.B. durch Kündigung des Arbeitsplatzes, Scheidung, Sperrzeiten, etc.
- Krankenhausaufnahmen und Kurantritte
- Mehrtägige Reisen

Beweismittel sind auf Verlangen vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Wird diesen Pflichten nicht nachgekommen und sind die Verhältnisse ungeklärt, kann die Hilfe abgelehnt oder nicht weiter geleistet werden.

Das Sozialamt erhebt zur Bestimmung der Form der Grundsicherung und deren detaillierter Ausgestaltung sowie zur Bemessung der Grundsicherungsleistung persönliche und wirtschaftliche Daten. Der Umfang dieser Daten ergibt sich in der Regel aus dem Grundsicherungsantrag. Es kann aber die Notwendigkeit bestehen, darüber hinausgehende Daten zu ermitteln, wenn die Ausgestaltung der Hilfe dies erfordert.

Grundsätzlich hat jede Person das Recht ihre eigenen Daten selbst dem Sozialamt mitzuteilen. Sollen andere Personen dies tun, ist für einen vertretenen Volljährigen eine Vollmacht notwendig.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die betreffenden Sozialdaten vom Sozialamt nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67 a „Datenerhebung“, § 67 b „Zulässigkeit der Datenverarbeitung und -nutzung“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert.

Nach § 118 Abs. 1 SGB XII können die dort bestimmten Daten regelmäßig mit den Daten anderer Sozialhilfeträger und anderer Sozialleistungsträger, den Arbeitsämtern, den gesetzlichen Trägern der Unfall-, Renten- oder Krankenversicherung, dem Bundeszentralamt für Steuern, aber auch den kommunalen Dienststellen (z.B. Einwohnermeldeamt, Straßenverkehrsamt, Liegenschaftsamt) abgeglichen werden. Hierzu dürfen Name, Vorname (Rufname), Geburtsdatum, Geburtsort, Nationalität, Geschlecht, Anschrift und Versicherungsnummer der Empfänger von Sozialleistungen der zentralen Auskunftsstelle übermittelt werden. Weitere Dienststellen werden bei Bedarf gutachterlich beteiligt, wie z.B. das Schulamt, das Gesundheitsamt, die kommunale Bewertungsstelle beim Gutachterausschuss. Dies soll helfen rechtmäßige und sachgerechte Hilfen zur Verfügung zu stellen und den Missbrauch von Sozialleistungen zu vermeiden.

Insbesondere besteht die Möglichkeit eines Kontenabrufs beim Bundeszentralamt für Steuern nach § 93 der Abgabenordnung. Hierbei können die in § 24 c Absatz 1 des Kreditwesengesetzes festgelegten Daten erhoben werden.

Zur Beurteilung der Auswirkungen des SGB XII und zu seiner Fortentwicklung wird nach §§ 121 ff. SGB XII eine Bundesstatistik über die Empfänger der Sozialhilfe durchgeführt. Die dabei zu meldenden Erhebungsmerkmale ergeben sich aus § 122 SGB XII.

### **§ 41 a SGB XII Auslandsaufenthalt**

Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen erhalten. Daher sind geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr nach Deutschland ist konkret nachzuweisen, z.B. durch Vorlage von Reisedokumenten, Fahrplänen, Tankbelegen o.ä.

Ohne derartige Nachweise können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

**Weitere Informationen können sie in Ihrem Sozialamt erhalten.**

## **Anlage zum Antrag auf Grundsicherungsleistungen (Merkblatt, Seite 2)**

### **Erklärung der antragstellenden Personen**

Ich habe das vorstehende Merkblatt erhalten und gelesen. Die im Antrag genannten Personen hatten ebenfalls Gelegenheit das Merkblatt zu lesen.

Den Antrag auf Grundsicherung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltungsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein Informationsgespräch gebeten.

Bescheide in Angelegenheiten der Grundsicherung sollen an die nachstehende Person gesandt werden:

--

Die übrigen Personen werden von dieser Person informiert.

Datum
-------

<b>PZ</b> 1	Unterschrift
----------------	--------------

Datum
-------

<b>PZ</b> 2	Unterschrift
----------------	--------------

Datum
-------

<b>PZ</b> 3	Unterschrift
----------------	--------------

Datum
-------

<b>PZ</b>	Unterschrift
-----------	--------------

Datum
-------

<b>PZ</b>	Unterschrift
-----------	--------------

Erklärung über die Einkommensverhältnisse gemäß § 82 SGB XII  
Anlage zum Sozialhilfeantrag

Name, Vorname		Geburtsdatum	Aktenzeichen Stadt Hilden
Betreuer / Bevollmächtigter		Anschrift	

**Einkommenswerte**

**Nähere Bezeich-**

**nung**

Altersruhegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Witwen / Witwerrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Werksrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Unfallrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Grundrente nach dem BVG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Waisenrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Sonstige Renten und Pensionen z. B. Leib- oder Vertragsrenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Ausländische Renten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Landwirtschaftliches Altersruhegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Beamtenversorgung (Pensionen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Beihilfeansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €
Anspruch auf Blindengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag €

Diese Aufstellung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Es sind jedoch alle Einkünfte, Guthaben und Forderungen, auch die hier nicht aufgeführten, anzugeben.

Ich versichere, dass ich alle Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und alle von mir gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Meine Pflicht zur Mitwirkung ist mir bekannt. Es ist mir auch bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB) Änderungen werde ich umgehend dem Sozialamt direkt mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller  Betreuer  Bevollmächtigter



## Vermögensbogen

zum Grundantrag vom                      für:                      (AZ AKDN-sozial:                      )

### Angaben zum Vermögen des/der Hilfesuchenden sowie der Personen der Haushaltsgemeinschaft

Bargeld (ab 300,00 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      l:                      €
Girokonto (siehe Antrag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      l:                      €
Weitere Girokonten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      l:                      €
Sparbuch / Sparanlagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      l:                      €
Festgeldkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      :                      € Ende der Festlegung:
(Raten-) Sparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      :                      € Ende der Festlegung:
Sparvertrag VL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      :                      € Ende der Festlegung:
Guthaben Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      :                      € Ende der Festlegung:
Wertpapiere (Aktien etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      :                      €
Dingliche Forderungen (Nießbrauch u.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Wert (ca.):
Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Wert (ca.):
Lebens- u. Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Stand am                      :                      € Ende der Festlegung:
Bestattungsvorsorge:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Vers.betrag:                      €
Wohneigentum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Wert (ca.):
Sonst. Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Wert (ca.):
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag):	Wert (ca.):
Vermögensübertrag in den letzten 10 Jahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person (PZ aus Grundantrag): an	Wert (ca.): Art:

**Nachweise inkl. weiteren Angaben sind in Kopie zur Akte zu nehmen!**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Hilfesuchende(r) / gesetzlicher Vertreter



# Mietangebot / Vermieterbescheinigung

Aktenzeichen

Es wird um Auskunft gebeten über die Wohnraumnutzung von

Herrn <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Name, Vorname
-----------------------------------	----------------------------------	---------------

## Wohnung

Straße / Hausnummer	PLZ / Ort	Etage	Wohnfläche in qm
---------------------	-----------	-------	------------------

Für die Wohnraumnutzung entstehen Kosten von monatlich

Kaltmiete _____ €	Betriebskosten _____ €	Heizkosten _____ €
-------------------	------------------------	--------------------

(Positionen bitte getrennt auflühren)

In dem Mietbetrag sind folgende Nebenkosten/Gebühren enthalten:

Modernisierungszuschuss	_____	Euro
Garage / Stellplatz	_____	Euro
Zuschläge für gewerbliche/berufliche Benutzung	_____	Euro
Zuschläge für Voll- oder Teilmöblierung (z.B. Einbauküche)	_____	Euro
Kabelanschluss	_____	Euro
Gartennutzung	_____	Euro
Kosten für Haushaltsstrom	_____	Euro
Untermieterzuschläge	_____	Euro

Hinweis: Nebenkosten, die nicht in der Miete enthalten sind und an Dritte gezahlt werden, sind gesondert zu bescheinigen. Falls die Vermieterin/der Vermieter diese Beträge nicht bescheinigen kann, sind von der Mieterin/dem Mieter Belege beizufügen.

Es bestehen Mietrückstände:

- Nein.  
 Ja. Bitte Betrag und Entstehungszeitraum angeben: \_\_\_\_\_

Die Wohnung wird geheizt durch

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gaszentralheizung     Fernwärme     Kohle     Wärmepumpe  
 Gasetagenheizung     Heizöl     Strom     Nachtspeicher  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Die Warmwasserversorgung für die Wohnung erfolgt

- zentral (Heizungsanlage)     dezentral (Haushaltsstrom)     sonstige: \_\_\_\_\_

Anzahl der Räume: \_\_\_\_\_    Erstmals bezugsfertig (Baujahr): \_\_\_\_\_

soll zum \_\_\_\_\_ (Datum) von \_\_\_\_\_ (Anzahl) Person(en) bewohnt werden.

oder

wird seit dem \_\_\_\_\_ (Datum) von \_\_\_\_\_ (Anzahl) Person(en) bewohnt.

Wurde bzw. wird eine Sicherheitsgarantie akzeptiert?

ja \_\_\_\_\_ Euro  nein

**Wurde bzw. wird eine Kaution hinterlegt?**

ja \_\_\_\_\_ Euro  nein

**Wurde die Wohnung mit öffentlichen Mitteln gefördert und unterliegt sie deshalb der Mietpreisbindung?**

ja, im Jahr \_\_\_\_\_  nein

**Eine Kopie des Energieausweises liegt anbei:**

ja  nein, weil \_\_\_\_\_

**Energieverbrauchskennwert** \_\_\_\_\_ kWh

**Wurde die vorgenannte Wohnung nachträglich unter erhöhtem (1/3 der vergleichbaren Neubaukosten) Bauaufwand umfassend ausgebaut, umgebaut oder erweitert?**

ja, im Jahr \_\_\_\_\_  nein

**Der o.g. Wohnraum wird**

untervermietet \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

gewerblich oder beruflich genutzt \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

**Die Wohnung verfügt über**

*(Mehrfachnennungen möglich)*

- |                                     |                                 |                                      |  |                                   |  |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Küche      | <input type="checkbox"/> Bad    | <input type="checkbox"/> Zweites Bad | <input type="checkbox"/> Trockenboden  | <input type="checkbox"/> Loggia   | <input type="checkbox"/> Einbauküche   |
| <input type="checkbox"/> Wohnküche  | <input type="checkbox"/> Dusche | <input type="checkbox"/> Gäste WC    | <input type="checkbox"/> Waschküche    | <input type="checkbox"/> Balkon   | <input type="checkbox"/> Aufzug        |
| <input type="checkbox"/> Kochnische | <input type="checkbox"/> WC     | <input type="checkbox"/> Abstellraum | <input type="checkbox"/> Kellernutzung | <input type="checkbox"/> Terrasse | <input type="checkbox"/> Gartennutzung |

**und ist**

unmöbliert  teilmöbliert  vollmöbliert

**Angaben zum Vermieter:**

Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Firma <input type="checkbox"/>	Name, Vorname		
Tel.Nr.			Adresse	E-Mail	

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift / Stempel Vermieter/in bzw. Verwaltung**

Name des Antragstellers:

Geburtsdatum:

## Erklärung über Entbindung von der Schweigepflicht

### 1. Einwilligung des Antragstellerin/des Antragstellers

**Ich bin damit einverstanden**, dass mein Rententräger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Auftrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen, Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich meinem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Ich bin ferner damit einverstanden**, dass in den Fällen der Rückgriffverfahren nach §§ 110/111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116/119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches-Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rententräger und an Dritte herausgeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

### 2. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir die Daten im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger /z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft oder Rententräger) oder für eigene Aufgabe an einem sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

**Ich bestätige**, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

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

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers – nicht die des eventuellen Bevollmächtigten – erforderlich.

## Merkblatt zur Informationspflicht nach Art. 13 DS-GVO

### Verantwortlicher für den Datenschutz

Stadt Hilden  
Der Bürgermeister

### Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

E-Mail:

Telefon:

### Zweck der Datenverarbeitung / wesentliche Rechtsgrundlagen

Berechnung und Bewilligung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch; hier:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII; §§ 27 ff.)
- Bildung und Teilhabe (3. Kapitel; §§ 34 ff.)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel; §§ 41 ff.)
- Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel; §§ 47 ff.)
- Abrechnung von Betreuungsleistungen nach § 264 SGB V
- Eingliederungshilfe (6. Kapitel; §§ 53 ff.)
- Hilfe zur Pflege (7. Kap.; §§ 61 ff.)
- Hilfe zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten (8. Kapitel; §§ 67 ff.)
- Hilfe in anderen Lebenslagen (9. Kapitel; §§ 70 ff.)
- Pflegewohngeld nach (§ 12 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfG NW))
- 
- 

weitere gesetzliche Vorschriften:

- Weitere Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII)
- Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) –allgemeiner Teil-
- Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz-
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung-
- Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) – Gesetzliche Rentenversicherung-
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) -Rehabilitation und Teilhabe-
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) – Gesetzliche Pflegeversicherung-
- 
- 

### Externe Empfänger / Kategorien von Empfängern der Daten

- GKD Paderborn als datenverarbeitende Stelle für das Sozialverfahren AKDN
- Kreis Mettmann, Sozialamt (Rechtsstelle, Fachaufsicht, Controlling)
- Kreis Mettmann, Sozialamt; Abteilung für soziale Leistungen
- Kreis Mettmann, Rechnungsprüfungsamt
- Kreis Mettmann, Rechtsamt
- Kranken- und Pflegekasse
- Vermieter(in) der Wohnung
- Ambulanter Pflegedienst
- Heimverwaltung des Alten- und Pflegeheimes
- Gesetzliche(r) Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r):
- 
- 

### Dauer der Speicherung

Laut Empfehlung der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt)  
bis zu 6 Jahre nach letztmaligem Wegfall beiderseitiger Ansprüche aus dem o.g. Leistungsbezug.

### Bereitstellung der Daten an Dritte

- GKD Paderborn:
- a. Auskunftsstelle der Deutschen Rentenversicherung
  - b. Postrentendienst im Rahmen des Rentenauskunftsverfahrens

Zahlungsempfänger: Daten im Kontoauszug des Empfängers (Name, Betrag, Zahlgrund)  
Betreuer / Bevollmächtigte: Daten aus Leistungsbescheiden und allgemeinem Schriftverkehr  
:  
:

Es wird darauf hingewiesen, dass die Bearbeitung / Bewilligung der beantragten Leistungen ohne Speicherung der für die Berechnung und Zahlbarmachung zwingend benötigten Daten nicht möglich ist.

### **Rechte der Betroffenen**

Betroffene Personen haben folgende Rechte, wenn die gesetzlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind:

- Recht auf Auskunft über die verarbeiteten personenbezogenen Daten
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten
- Recht auf Löschung oder Einschränkung der Datenverarbeitung
- Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung wegen besonderer Umstände
- Recht auf Beschwerde an die Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen
- Recht auf Widerruf einer erteilten Einwilligung

### **Zuständige Aufsichtsbehörde**

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestraße 2-4  
40213 Düsseldorf  
Telefon: 0211-38424-0  
Telefax: 0211-38424-10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)  
Internet: [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)