



Mühlenkreis  
MINDEN-LÜBBECKE

Az.: 50.1. \_\_\_\_\_

<p>Kreis Minden-Lübbecke - Sozialamt - Portastr. 13 32423 Minden</p>	<h2>Antrag auf Sozialhilfeleistungen</h2> <p>nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII) - Sozialhilfe -</p>	<p>Datum:</p>
--	---	---------------

**1. Beantragte Hilfeart** *(zutreffende Hilfeart ankreuzen; im Bedarfsfall sind mehrere Nennungen möglich)*

<p><b>Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Therapienebenkosten      <input type="checkbox"/> Nebenkosten während der Inhaftierung</p>
<p><b>Hilfe zur Pflege</b></p> <p><u>in einer Pflegeeinrichtung:</u>      <input type="checkbox"/> <u>im häuslichen Bereich:</u>      <input type="checkbox"/> <u>in anderen Wohnformen:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dauerhafte Unterbringung in einem Pflegeheim      <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege      <input type="checkbox"/> Pflegegeld</p> <p><input type="checkbox"/> Tages- bzw. Nachtpflege      <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel</p> <p><u>andere Leistungen:</u>      <input type="checkbox"/> Betreuungspauschale, <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern, <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe, <input type="checkbox"/> Hausnotruf</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Hilfe bei Krankheit</b></p>
<p><b>Eingliederungshilfe für behinderte Menschen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe zu angemessener Schulbildung      <input type="checkbox"/> Familientlastende Dienste (FeD)</p> <p><input type="checkbox"/> Freizeitbetreuung für allein stehende Behinderte      <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung für schulpflichtige behinderte Kinder</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation      <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder im Arbeitsbereich</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft      <input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbesserung</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfsmittel <i>(bitte Art angeben):</i> _____</p>
<p><b>Hilfe in anderen Lebenslagen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushalts      <input type="checkbox"/> Altenhilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Blindenhilfe      <input type="checkbox"/> Hilfe in sonstigen Lebenslagen</p>

**2. Nachfragende Person (NP)** *(Antragsteller/in):*

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Adresse, Telefon-Nr. <i>(anzugeben ist die Adresse, an der Sie gemeldet sind):</i>		
Beruf oder Schüler/in welcher Schule:  arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

### 3. Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort

Falls Sie derzeit in der Regel an einer anderen als Ihrer auf Seite 1 angegebenen Meldeadresse wohnen, die jedoch keine Einrichtung ist (z. B. bei Angehörigen oder Bekannten), geben Sie bitte diese Adresse an:

\_\_\_\_\_

Falls Ihre auf Seite 1 genannte Meldeadresse eine Einrichtung ist, geben Sie bitte Ihre letzte Adresse außerhalb einer Einrichtung an (sollten Sie bei Angehörigen oder Bekannten gewohnt haben, ist deren Adresse anzugeben):

### 4. Angehörige (soweit vorhanden)

#### - Ihr Ehegatte (auch geschiedene/r) bzw. Lebenspartner/in oder Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft

Name, Vorname:		Nebstehend genannte Person ist Ihr/e: <input type="checkbox"/> Ehegatte; <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in in eingetragener Lebensgemeinschaft	
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	
Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.:			
Beruf od. Schüler/in welcher Schule: arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein		Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	
Falls Sie geschieden sind, geben Sie den/die Namen, Geburtsdatum und heutige Adresse des /der von Ihnen geschiedenen früheren Ehegatten an:			

#### - Ihr Vater (Angabe nur erforderlich, wenn noch nicht verstorben)

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.:		
Beruf: arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

#### - Ihre Mutter (Angabe nur erforderlich, wenn noch nicht verstorben)

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.:		
Beruf: arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

#### - Ihre Kinder (auch Kinder aus früheren Ehen und Adoptivkinder, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Straße, PLZ, Wohnort:

**- Weitere Personen, die dauerhaft in Ihrer Wohnung leben**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Pers. Stellung zu Ihnen	Beruf od. Schüler/in welcher Schule

**5. Amtliche Betreuung oder Vollmacht**

Haben Sie einen amtlichen Betreuer oder haben Sie jemanden zur Wahrnehmung Ihrer Interessen bevollmächtigt:  ja (unten eintragen);  nein

Name, Vorname:		<b>Nebstehend genannte Person ist:</b> <input type="checkbox"/> Ihr/e amtliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Ihr/e Bevollmächtigte/r (zutreffendes bitte ankreuzen)
Adresse:		
Telefon-Nr.:		
Aufgabenkreis des Betreuers / der Betreuerin:		

**6. Einkünfte** (Anzugeben sind **alle** Einkünfte der genannten Personen; die der Eltern nur dann, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)

zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen, wo erforderlich	zutreffendes ankreuzen	Nachfr. Person € / Monat	Ehegatte / Lebenspartner € / Monat	Vater € / Monat	Mutter € / Monat
<b><u>Arbeitseinkommen</u></b>					
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Nettoerwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Renten aus der Sozialversicherung:</u></b>					
<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente; <input type="checkbox"/> Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Unfallrente/n	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> auch: Kindererziehungsleistung	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Sonstige Renten (bitte eintragen):</u></b>					
_____ -rente	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
_____ -rente	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b>BVG:</b> <input type="checkbox"/> Grundrente; <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b>LAG:</b> Entschädigungsrente / Unterhaltshilfe	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Beamtenrechtliche Pension / Ruhegehalt	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Sonstige Einkünfte</u></b>					
Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> I; <input type="checkbox"/> II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Blindengeld - nach dem GHBG	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Landeshilfe für hochgradig Sehbehinderte	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Krankengeld / <input type="checkbox"/> Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Miete / <input type="checkbox"/> Pacht	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b>Unterhalt:</b> <input type="checkbox"/> USG; <input type="checkbox"/> UVG; <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Wohngeld - nach dem Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____

Beziehen Sie bereits Sozialhilfeleistungen:  ja (welcher Art: \_\_\_\_\_);  nein

wenn ja: Wer zahlt diese Leistung:  Sozialamt der Stadt/Gemeinde: \_\_\_\_\_;  Landschaftsverband

**7. Vermögen** (Anzugeben ist jeweils das **gesamte** Guthaben; das der Eltern nur dann, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)

zutreffendes eintragen bzw. ankreuzen, wo erforderlich	zutreffendes ankreuzen	Nachfr. Person €	Ehegatte / Lebenspartner €	Vater €	Mutter €
Bargeld mit Taschengeld	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Girokonten - bei der Bank/Sparkasse:					
1. _____ Kto.-Nr.: _____ ;	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
2. _____ Kto.-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Sparguthaben - bei der Bank/Sparkasse:					
1. _____ Kto.-Nr.: _____ ;	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
2. _____ Kto.-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sparverträge / <input type="checkbox"/> Festgeldkonten	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Wertpapiere (Art: _____ )	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Geschäftsanteile (an Firma: _____ )	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Sonstige Guthaben welcher Art:	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____

Sind Sie/Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Halter von Kraftfahrzeugen:  ja (bei mehreren Kfz. ggf. gesonderte Aufstellung beifügen);  nein  
**wenn ja:**  PKW;  Kraftrad;  LKW;  Bus; Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_ ;  
 Hersteller des/der Kfz. mit Angabe der Modellbezeichnung/en: \_\_\_\_\_ ;  
 Restwert lt. Gutachten einer Kfz-Schätzungsstelle oder Bescheinigung einer Markenvertretung: \_\_\_\_\_ €

**8. Immobilien** (Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist) **Rentabilitätsberechnung/en beifügen**

Sind Sie/Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Eigentümer von Immobilien:  ja (bitte eintragen; ggf. gesonderte Aufstellung beifügen);  nein

Anzahl	Art der Immobilie/n	Lage der Immobilie/n (Adresse/n)	nicht eigengenutztes Wohneigentum (zutreffendes ankreuzen und eintragen)
	Einfamilienhaus/-häuser		Haben Sie Grundstücke bzw. Wohnungen vermietet: <input type="checkbox"/> ja (Anzahl): _____; <input type="checkbox"/> nein
	Zweifamilienhaus /-häuser		Haben Sie anderen Personen Grundstücke bzw. Wohnungen <u>mietfrei</u> zur Nutzung überlassen: <input type="checkbox"/> ja (Namen/Adressen dieser Personen); <input type="checkbox"/> nein
	Mehrfamilienhaus /-häuser - wieviel Wohnungen im Haus: __		
	Eigentumswohnung/en		
	Betrieb / Hof		wird der Betrieb/Hof noch betrieben: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein wurde der Betrieb/Hof verpachtet: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein
	Unbebaute Grundstücke	<i>hier Gemarkung, Flur und Flurstück angeben</i>	wurden Grundstücke verpachtet: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein

**9. Verbindlichkeiten** (Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Kreditverträge abgeschlossen:  ja (unten eintragen, ggf. gesonderte Aufstellung);  nein

Gläubiger (Sparkasse, Bank, Firma)	Kreditvertrag vom	Höhe der Restschuld	Belastung/Monat
		€	€
		€	€

Grund für die Kreditaufnahme:

**10. Schenkungen / Private Darlehen** (Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt:  ja (unten eintragen);  nein

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern jemandem Geldbeträge geliehen (privates Darlehen):  ja (unten eintragen);  nein

Begünstigte/r (Name, Adresse) <i>(ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)</i>	Art der Zuwendung <i>(was wurde übergeben)</i>	Form der Zuwendung <i>(bitte ankreuzen)</i>	Wert d. Zuwendung <i>(Betrag)</i>
		<input type="checkbox"/> Geschenk / <input type="checkbox"/> Darlehen	€
		<input type="checkbox"/> Geschenk / <input type="checkbox"/> Darlehen	€
		<input type="checkbox"/> Geschenk / <input type="checkbox"/> Darlehen	€

**Bei Übertragung von Grundeigentum:** Wann wurde der Kauf- oder Übertragsvertrag geschlossen (Datum angeben): \_\_\_\_\_

Wurde aus diesem Anlass ein Wertgutachten für das/die übertragene/n Grundstück/e erstellt:  ja;  nein

**Wenn Geldbeträge verliehen wurden:** Wie hoch ist aktuell der noch nicht wieder an Sie zurückgezahlte Betrag: \_\_\_\_\_ €

**11. Versicherungen** (Angaben für die Eltern machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)

**a) Krankenversicherung** (zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Bei welcher Krankenkasse sind Sie Mitglied: \_\_\_\_\_  
*(Name, Adresse der Krankenkasse und Ihre Mitgliedsnummer angeben)*

Wie sind Sie krankenversichert:  gesetzlich als Pflichtmitglied;  
 gesetzlich, in der Familienversicherung mitversichert bei:  Ehegatte;  Vater;  Mutter;  
 freiwillig;  
 privat;  
 auf Grundlage von § 264 SGB V (Übernahme der Krankenkosten aus Sozialhilfemitteln)

Falls Sie oder Mitglieder Ihrer Familie freiwillig oder privat krankenversichert sind, wie hoch sind die Mitgliedsbeiträge:

- Nachfragende Person: \_\_\_\_\_ €/Monat;
- Ehegatte/Partner/Eltern: \_\_\_\_\_ €/Monat;
- minderjährige unverheiratete Kinder: \_\_\_\_\_ €/Monat

**b) Pflegeversicherung** (zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Sind Sie pflegeversichert:  ja, bei der \_\_\_\_\_;  nein  
*(Name und Adresse der Pflegekasse angeben)*

Sofern Ihr Anspruch auf Pflegeleistungen erst später eintritt, bis wann dauert Ihre Wartezeit (Datum): \_\_\_\_\_

**c) Sonstige Versicherungen** (zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Welche der nachfolgend genannten Versicherungen haben Sie und Ihr Ehegatte/Partner oder Ihre Eltern abgeschlossen:

**Lebensversicherung/en:**  
Wie hoch ist zum jetzigen Zeitpunkt die Gesamtsumme der Rückkaufswerte aller Lebensversicherungen: \_\_\_\_\_ €

**Sterbegeldversicherung/en:**  
Wann wurde/n diese Versicherung/en abgeschlossen: \_\_\_\_\_  
Welcher Betrag würde bei einer Kündigung dieser Versicherung/en aktuell insgesamt ausgezahlt: \_\_\_\_\_ €

Privathaftpflichtversicherung;  Rollstuhlfahrerhaftpflichtversicherung;  
 Hausratversicherung;  Gebäudehaftpflichtversicherung,  Gebäudefeuerversicherung;  
 außerdem vorhandene Versicherung/en: \_\_\_\_\_

Staatlich geförderte Altersvorsorge:  Riester-Rente,  Rürup-Rente,  Betriebliche Altersvorsorge

Ich habe/Wir haben keine Versicherungen abgeschlossen

**12. Andere Zahlungspflichten und Ansprüche** (zutreffendes jeweils ankreuzen und eintragen)

- Unterhaltszahlungen	Haben Sie bzw. hat Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder ein Elternteil aufgrund eines Unterhaltstitels Unterhaltsbeiträge zu zahlen: <input type="checkbox"/> ja, ich selbst; <input type="checkbox"/> ja, mein Ehegatte/Lebenspartner/ein Elternteil; <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> In welcher Höhe insgesamt: _____ €/Monat
- Beihilfeanspruch	Haben Sie einen Beihilfeanspruch auf beamtenrechtlicher Grundlage: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> Welche Anstalt hat die Beihilfe zu gewähren (Name, Adresse und Mitgliedsnummer angeben): _____
- Vertragliche Rechte	Haben Sie vertragliche Rechte (z. B. aus einem Kauf-, Übertrags- oder Altenteilsvertrag): <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> Welche Rechte: <input type="checkbox"/> Nießbrauch; <input type="checkbox"/> Wohnrecht; <input type="checkbox"/> Hege und Pflege; <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte eintragen): _____

**13. Weitere Angaben** (zutreffendes jeweils ankreuzen und eintragen)

- Bedarfsdeckung aus eigenen Mitteln	Haben Sie die Kosten für die hiermit beantragte Hilfe bisher <u>vollständig</u> selbst gezahlt: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> Bis einschließlich wann waren Sie Selbstzahler/in (Monat/Jahr): _____
- Vorauszahlung bei dauerhafter Unterbringung	Sofern Sie auf Dauer in einer Einrichtung (z.B. Pflegeheim, betreutes Wohnen etc.) leben, haben Sie beim Einzug eine Vorauszahlung geleistet: <input type="checkbox"/> ja, von _____ €; <input type="checkbox"/> nein
- Pflegebedürftigkeit	Hat der MDK für Sie bereits ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> Welche Pflegestufe wurde Ihnen zuerkannt: <input type="checkbox"/> keine (sog. Pflegestufe 0); <input type="checkbox"/> Pflegestufe I; <input type="checkbox"/> Pflegestufe II; <input type="checkbox"/> Pflegestufe III; <input type="checkbox"/> Pflegestufe III Härtefall  Haben Sie jetzt wegen einer Veränderung Ihres Gesundheitszustandes die Neueinstufung in eine andere als die og. Pflegestufe beantragt: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein
- Bestattungsvorsorgevertrag	Haben Sie und/oder Ihr Ehegatte/Partner einen Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen: Nachfragende Person: <input type="checkbox"/> ja, im Wert von: _____ €; <input type="checkbox"/> nein Ehegatte/Partner: <input type="checkbox"/> ja, im Wert von: _____ €; <input type="checkbox"/> nein

**14. Schwerbehindertenausweis** (zutreffendes ankreuzen und eintragen; Angaben für die Eltern, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)

Wer hat einen Ausweis:	bitte ankreuzen	wenn ein Schwerbehindertenausweis vorliegt:		
		Ausweis ist gültig bis:	Grad der Behinderung:	Merkzeichen:
Nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:			
Ehegatte / Lebenspartner	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:			
Vater	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:			
Mutter	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:			

**15. Angaben zur Wohnung** (zutreffendes jeweils ankreuzen und ausfüllen)

<b>1. Sie leben in</b> <input type="checkbox"/> <b>einem eigenen Haus;</b> <input type="checkbox"/> <b>einer Eigentumswohnung</b> (Rentabilitätsberechnung beifügen!)
<b>2. Sie wohnen mietfrei</b> <input type="checkbox"/> <b>ja;</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <b>wenn ja:</b> Besteht die Mietfreiheit aufgrund eines vertraglich vereinbarten Wohnrechts: <input type="checkbox"/> <b>ja</b> (unten ausfüllen); <input type="checkbox"/> <b>nein</b>
Bilden Ihre Räumlichkeiten eine vollwertige, separate Wohnung: <input type="checkbox"/> <b>ja;</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> Hat Ihre Wohnung eine eigene Küche: <input type="checkbox"/> <b>ja;</b> <input type="checkbox"/> <b>nein;</b> Hat Ihre Wohnung ein eigenes Bad: <input type="checkbox"/> <b>ja;</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> Wer nutzt das Wohnrecht außer Ihnen: <input type="checkbox"/> ich lebe dort allein; <input type="checkbox"/> mein Ehegatte/Lebenspartner; <input type="checkbox"/> ___ Kind/er (Anzahl angeben) Größe Ihrer Wohnung/Räume: _____ qm; Anzahl Ihrer Räume: _____ Wann sind Ihre Räume zuletzt renoviert oder modernisiert worden: <b>vor etwa</b> _____ <b>Jahren</b> Haben Sie die Betriebskosten (Heizung, Strom, Wasser, Instandhaltung) für Ihre Räume selbst zu tragen: <input type="checkbox"/> <b>ja;</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <u>Bei dauerhaftem Einzug in eine Einrichtung:</u> Ihre Räume werden nach Ihrem Auszug (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> von Mitgliedern Ihrer Familie weiter genutzt; <input type="checkbox"/> an Dritte vermietet; <input type="checkbox"/> folgendermaßen genutzt (bitte geplante Nutzungsart angeben):

<b>3. Sie sind Mieter/in</b> <input type="checkbox"/> <b>einer Wohnung;</b> <input type="checkbox"/> <b>eines Hauses</b> (zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)
Name und Adresse des Vermieters: _____  <u>Kosten der Unterkunft:</u> Kaltmiete: _____ € + Nebenkosten: _____ € + Heizung: _____ € = _____ €/Monat Größe Ihrer Wohnung: _____ qm; Zahl Ihrer Räume: ___ Zimmer/Küche/Bad; Zahl der <u>Mitbewohner</u> : ___ In welcher Höhe beteiligen sich Ihre Mitbewohner an den Kosten der Unterkunft: _____ €/Monat Bestehen derzeit Mietrückstände: <input type="checkbox"/> <b>ja, in Höhe von:</b> _____ €; <input type="checkbox"/> <b>nein</b> Haben Sie bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt: <input type="checkbox"/> <b>ja, in Höhe von:</b> _____ €; <input type="checkbox"/> <b>nein</b> Geben Sie Ihre Wohnung endgültig auf (z. B. weil Sie <u>auf Dauer</u> in eine Einrichtung einziehen): <input type="checkbox"/> <b>ja;</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <b>wenn ja:</b> Haben Sie Ihre Wohnung bereits gekündigt: <input type="checkbox"/> <b>ja, zum (Datum angeben):</b> _____; <input type="checkbox"/> <b>nein</b>

**16. Leistungserbringer** (z. B. Pflegeperson, Pflegedienst, Pflegeheim, Betreutes Wohnen, Werkstatt, JVA etc.)

Geben Sie Name, Adresse, Telefon-Nr. der Person oder Einrichtung an, durch deren Tätigkeit die Kosten entstehen, deren Übernahme Sie hiermit beantragen	
Bei Unterbringung in einer Einrichtung:	Tag der Aufnahme in die Einrichtung: _____ Sie bewohnen in der Einrichtung ein: <input type="checkbox"/> <b>Einzelzimmer;</b> <input type="checkbox"/> <b>Doppel- od. Mehrbettzimmer</b>

**17. Angabe Ihrer Bankverbindung**

Bank/Sparkasse:	Bankleitzahl:	Konto-Nr.:	Name des Kontoinhabers:

## Antrag auf Sozialhilfeleistungen für:

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
(Name der nachfragenden Person eintragen)

### 18. Entbindung von der Schweigepflicht

Soweit der Sozialhilfeträger während der Dauer Ihres Sozialhilfebezuges Auskünfte und/oder Unterlagen bei Dritten einzuholen hat, die zur Entscheidung über diesen Antrag und später für die Weiterbewilligung der laufenden Sozialhilfeleistung erforderlich sind (z. B. Rententräger, Stellen für beamtenrechtliche Bezüge und Versorgungsleistungen, Ärzte, Kranken- und Pflegekasse, Versicherungen, Behörden, Arbeitgeber), entbinde ich mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag die maßgeblichen Stellen ab sofort und für die Dauer meines Sozialhilfebezugs von ihrer Schweigepflicht und stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte sowie der Herausgabe von Unterlagen ausdrücklich zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I; § 117 SGB XII).

### 19. Wichtige Hinweise

Als Antragsteller für den Bezug von Sozialleistungen sind Sie gesetzlich verpflichtet, dem zuständigen Sozialhilfeträger **alle** Tatsachen und Umstände anzugeben, aus denen sich die Voraussetzungen für Ihren Hilfebedarf ergeben (§§ 60 ff. SGB I, § 117 SGB XII). Das bedeutet, dass Sie dem Sozialhilfeträger **vor** der Entscheidung über diesen Antrag aktuelle Nachweise vorzulegen bzw. Angaben zu machen haben, aus denen sich Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse und die Ihres Ehegatten oder Lebenspartners bzw. wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind, Ihrer Eltern ergeben, etwaige Änderungen, die zu einem späteren Zeitpunkt eintreten, sind mir unverzüglich bekannt zu geben. Sie wurden darauf hingewiesen, dass der Sozialhilfeträger diesen Sozialhilfeantrag ablehnen kann, so lange Sie die erforderlichen Nachweise nicht oder nicht vollständig vorlegen (§ 66 SGB I).

Ein Sozialhilfeanspruch tritt frühestens ab dem Zeitpunkt ein, zu dem Sie oder eine dritte Person dem Sozialhilfeträger Ihre Hilfebedürftigkeit bekannt gegeben haben (§ 18 Abs. 1 SGB XII). Kosten, die bereits vor dem Bekanntgabezeitpunkt entstanden sind oder bezahlt wurden, werden aus Sozialhilfemitteln nicht erstattet. Sofern Sie ab sofort noch Kosten selbst bezahlen, deren Übernahme aus Sozialhilfemitteln Sie mit diesem Antrag begehren, besteht trotz Bekanntgabe Ihres Hilfebedarfs kein Anspruch auf Erstattung dieser Zahlungen aus Sozialhilfemitteln (Selbsthilfe, § 2 Abs. 1 SGB XII). Der Einsatz privater Mittel geht im Rahmen der Selbsthilfe der Sozialhilfe vor und wird vollumfänglich auf Ihren Hilfebedarf angerechnet. Das gilt auch für den Fall, dass Ihnen die zur Deckung Ihres Hilfebedarfs erforderlichen Mittel von dritten Personen zur Verfügung gestellt werden.

Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder - wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind - Ihre Eltern sind verpflichtet, das Einkommen und Vermögen ab Beginn Ihres Hilfebedarfs in zumutbarem Rahmen zur Deckung der anfallenden Kosten einzusetzen (§ 19 SGB XII); ausgenommen vom Einkommenseinsatz sind nur solche Einkünfte, die ausdrücklich anrechnungsfrei sind sowie Vermögen von bis zu 2.600,- € für Sie als Alleinstehende/n bzw. von bis zu 3.214,- € für Sie und Ihren Ehegatten/Lebenspartner. Bis zur Entscheidung über diesen Antrag dürfen Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern aus Ihrem/ihrem Einkommen nur unabweisbar notwendige Ausgaben nach Rücksprache mit dem Sozialhilfeträger tätigen; vor allem darf kein Einkommen und Vermögen an Dritte übertragen oder verschenkt werden.

Bei der Unterbringung in einem Pflegeheim werden Sozialhilfeleistungen nur dann gewährt, wenn Sie heimbetreuungsbedürftig sind. **Klären Sie diese Frage unbedingt vor dem Einzug in ein Pflegeheim!** Das Vorliegen einer Heimbetreuungsbedürftigkeit muss der MDK in seinem Gutachten ausdrücklich bestätigen. Wird Ihnen eine Heimbetreuungsbedürftigkeit nicht zuerkannt, so besteht kein Anspruch auf Sozialhilfemittel zur Deckung der Heimkosten. Der Einzug in ein Pflegeheim zum dauerhaften Aufenthalt ohne vorherige Feststellung des Heimbetreuungsbedarfs erfolgt auf Ihr Kostenrisiko!

### 20. Hinweis nach § 9 Abs. 2 Bundesdatenschutzgesetz

Die in diesem Antrag erfragten Daten werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I sowie der Bestimmungen des SGB XII erhoben. Die Auszahlung bewilligter laufender Leistungen erfolgt im automatisierten Verfahren. Erfasst werden Angaben zur Person, zum Aufenthalt, zu den Familienverhältnissen, den Einkünften, zum Pflegebedarf sowie Namen und Adressen von unterhaltspflichtigen Angehörigen. Der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht ausdrücklich zu.

### 21. Erklärung der Nachfragenden Person

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich **alle** Fragen in diesem Antrag **vollständig** und **wahrheitsgemäß** beantwortet, und dass ich die oben angegebenen Hinweise zur Kenntnis genommen habe und diese bis zum Erhalt des Sozialhilfebescheides befolgen werde. Mir ist bekannt, dass ich Sozialhilfeleistungen, die mir aufgrund falscher oder fehlender Angaben zu Unrecht bewilligt wurden, zu erstatten habe und dass dieses Fehlverhalten eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen kann (Betrug - § 263 Strafgesetzbuch).

Die Richtigkeit sämtlicher Angaben in diesem Antrag weise ich durch Vorlage von Unterlagen nach.

Minden, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift nachfragende Person  
od. Betreuer; Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner  
od. Eltern der nachfragenden Person

\_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter/in Sozialamt  
und ggf. Behördenstempel