

## Antrag auf Sozialhilfeleistungen

<b>Gewünschte Hilfe:</b>	(z.B. Leistungen: „zur stat. Dauerpflege“ „zur Krankenhilfe“ „zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“ „zu Hause in Form von“:)
<b>Einrichtung:</b>	
<b>Ab wann:</b>	
<b>Begründung:</b>	(bei stationärer Hilfe bitte schildern, warum ambulante oder teilstationäre Hilfe nicht ausreicht)

I. Persönliche Verhältnisse	a) der nachfragenden Person (Person, für die Hilfe beantragt wird)		b) des Ehegatten/Lebenspartners <ul style="list-style-type: none"> <li>auch wenn verstorben, gesch. od. getr. leb.</li> <li>bei lediger, minderj. Person hier Eltern eintragen [bei Platzmangel bitte Eintrag unter II. od. III.]</li> </ul>	
Familienname				
Geburtsname, ggf. frühere Namen				
Vornamen				
Geburtsdatum, Geburtsort, Land				
Ggf. Sterbedatum, Sterbeort				
Wohnort mit Postleitzahl				
Straße, Ortsteil, Hausnummer				
Telefon				
Familienstand (led./verh./getr.leb./verw./gesch.; ggf. bitte Nachweis, z. B. Scheidungsurteil, beifügen)	Familienstand:	seit:	Familienstand:	seit:
Staatsangehörigkeit (ggf. ausländerrechtlichen Status angeben und nachweisen)	Deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
erlernter Beruf				
zuletzt ausgeübter Beruf / Arbeitgeber				
vom / bis				
zuletzt krankenversichert bei				
vom / bis				
Beihilfeanspruch (z. B. aus Tätigkeit im öffentlichen Dienst)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Beihilfestelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Beihilfestelle:
Erwerbsbeschränkung (ggf. warum)				
Schwerbehindertenausweis:	liegt bei <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wurde beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		liegt bei <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wurde beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
ggf. GdB bzw. Antragsdatum und Behörde				
Erhebliche Einschränkung des Sehvermögens (ggf. bitte Blindengeldbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sehschärfe:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sehschärfe:
Betreuung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ggf. bitte Betreuungsgericht und Aktenzeichen angeben:			
Bevollmächtigung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Adresse d. Betreuerin(s), d. Bevollmächtigten angeben (ggf. Betreuerausweis bzw. Vollmacht beifügen):			



## II. Sonstige Angaben zur Person für die Hilfe beantragt wird

1. Aufenthaltsverhältnisse der Person für die Hilfe beantragt wird	Anschriften, Zeiträume
<b>1.1 bei Aufenthalt in einer stationären Einrichtung – Datum der Aufnahme:</b>	
Aufenthaltsorte in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme:	
<b>1.2 bei Übertritt von einer stationären Einrichtung in eine andere Einrichtung</b>	
Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine stationäre Einrichtung?	
Wer war bisher Kostenträger?	
Bezeichnung und Ort der Einrichtung:	
<b>1.3 bei Übertritt aus dem Ausland (Tag und Ort des Grenzübertritts)</b>	

2. Wohnverhältnisse der Person, für die Hilfe beantragt wird (vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung oder zum Betreuten Wohnen)	
<b>2.1 <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Untermieter    Miete monatlich (ohne Nebenkosten):</b>	€
Nebenkosten (z. B. Wassergeld, Abwasser- und Abfallbeseitigung – bitte belegen):	€
Wohnung verfügt über Zentralheizung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Heizungskosten mtl.:	€
Die bisher. Wohnung wurde gekündigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am / zum:	
<b>2.2 <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenes Haus <input type="checkbox"/> freies Wohnrecht oder Nießbrauch</b>	
Monatlich anfallende Kosten (z. B. Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer - bitte belegen):	€
<b>2.3 Es wurde Wohngeld beantragt</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am / bei:	
Es wurde Wohngeld bewilligt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe / bis einschließlich: (bitte ggf. Wohngeldbescheid beifügen)	

3. Vorrangige Ansprüche der Person, für die Hilfe beantragt wird			
<b>3.1 nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), dem Zivildienstgesetz (ZDG), dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)</b>			
3.1.1 Haben die Person, für die Hilfe beantragt wird, oder unten genannte Angehörige Schädigungen erlitten? (ggf. bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung, <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr, <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes oder <input type="checkbox"/> durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff		
3.1.2 Sind Angehörige der Person, für die Hilfe beantragt wird, aufgrund nebenstehender Ereignisse verstorben? (ggf. bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> durch Kriegseinwirkung gefallen / vermisst, <input type="checkbox"/> an Kriegsleiden gestorben, <input type="checkbox"/> im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben oder <input type="checkbox"/> bei Ausübung des Zivildienstes verstorben		
<input type="checkbox"/> Person, für die Hilfe beantragt wird <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Elternteil			
Name	Geburtsdatum	MdE; v.H.	Sterbedatum
<b>3.2 Werden oder wurden Pflegeversicherungsleistungen gewährt?</b> (ggf. angeben: Pflegegrad, Pflegekasse, Leistungsbezieher)			
<b>3.3 Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden gestellt, aber noch nicht entschieden</b> (z. B. Renten, Kindergeld, Versorgungsleistungen; Anträge nach SGB II; bitte Tag, Behörde, AZ angeben)			



**3.4 Folgende Anträge auf Sozialleistungen wurden abgelehnt**

(Bitte Bescheide zur Einsicht beifügen)

**3.5 Bestehen Ansprüche oder Rechte gegen Dritte?** nein  ja, und zwar3.5.1  vertragliche Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Wart- und Pflegerecht, Geldrente; bitte Nachweise / Vertrag beifügen)3.5.2  gesetzliche Ansprüche (z. B. Impfschaden oder Schadenersatzansprüche gegen Dritte)**3.6 Bestehen Unterhalts-, Renten- oder erbrechtliche Ansprüche?** nein  ja, und zwar3.6.1  gegen frühere Ehegatten, soweit nicht unter Ziffern I. und III. angegeben

Name, Geburtsdatum

Anschrift

ggf. Sterbedatum

Soweit die Ehe mit vorstehendem oder unter Ziffern I. und III. angegebenem Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde bzw. die Ehegatten getrennt leben, bitte Nachweise beifügen (z. B. Scheidungsurteil)

Urteil des (Bezeichnung des Gerichts, z.B. Landgericht)

Gerichtsort

vom

AZ.:

3.6.2  bei nichtehelich geborenen Minderjährigen

Höhe des festgesetzten Unterhaltsbeitrages

€

Geht dieser laufend in voller Höhe ein?

 nein  ja3.6.3 Sind Kinder verstorben?  nein  ja, und zwar

Name

Geburtsdatum

Sterbedatum

Sterbeort

**III. Sonstige (auch minderjährige) Personen, mit denen die Person, für die Hilfe beantragt wird, noch in Haushaltsgemeinschaft lebt, oder bis zu einer Aufnahme in einer Einrichtung lebte***[sofern Platz nicht ausreichend, bitte Zusatzblatt verwenden]*

Name und Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zur Person, für die Hilfe beantragt wird	Einkommen monatlich		Arbeitgeber, selbständige Tätigkeit, Rentenzeichen, etc.
	Staatsangehörigkeit			Art	Euro	

**IV. Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige der Person, für die Hilfe beantragt wird, außerhalb der Haushaltsgemeinschaft, soweit nicht unter Ziffer I. angegeben**

(hier bitte eintragen: alle Kinder, auch nichteheliche oder angenommene Kinder, die Eltern)

*[sofern Platz nicht ausreichend, bitte Zusatzblatt verwenden]*

Name und Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zur Person, für die Hilfe beantragt wird	Wohnort mit Postleitzahl / Straße, Hausnummer / ggf. Telefonnummer	Beruf, selbständige Tätigkeit Einkommensart



### V.1 Einkommensverhältnisse der unter Ziffer I. aufgeführten Personen

[sofern Platz nicht ausreichend, bitte Zusatzblatt verwenden]

Einkommensart <sup>1)</sup> Alle Einkünfte sind anzugeben und zu belegen	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z. B. Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	Monatlich in Euro	
		Brutto	Netto
Person, für die Hilfe beantragt wird			
Ehegatte			
falls minderjährig und unverheiratet, die leibliche Eltern			

#### 1) Beispielhafte Einkommensangaben:

Arbeitnehmertätigkeit	Altersrente	Grundrente	Betriebsrente	Zusatzrente
selbständige Tätigkeit	Witwen-, Hinterbliebenenrente	Ausgleichsrente	Leibrente	Landw. Altersgeld
Krankengeld	Erwerbsminderungsrente	Elternrente	Unterhaltsbeitrag	Kindergeld
Arbeitslosengeld	Unfallrente (...%)	Unterhaltshilfe	Mieteinnahmen	Pachteinnahmen
Übergangsgeld	Pension	Arbeitslosengeld II	Zinsen	Blindengeld

### V.2 Vom Einkommen absetzbare Beträge und besondere Belastungen (bitte belegen!)

(z. B. Versicherungen, Fahrtkosten zur Arbeitsstelle, Ausgaben wegen Erkrankung, Behinderung, Unterstützung v. Angehörigen)

Person (Einkommensbezieher)	Bezeichnung der Ausgabe	Betrag in Euro

### VI.1 Vermögensverhältnisse der unter Ziffer I. aufgeführten Personen:

Person	Bargeld vorhanden	Spar- und Bankguthaben, Bauspar- und sonstige Sparverträge	Wertpapiere	Lebens-, Sterbe- und Kapitalversicherungen	Sonstiges Vermögen und Forderungen
→ bitte ja oder nein ankreuzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (bitte Bankinstitut, Kontonummer und Eurobetrag angeben; je Bank- Institut ist ergänzend eine <b>Vermögensklärung</b> auszufüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (Art, Nennwert) <b>Belege erforderlich!!!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (es sind auch die Namen begünstigter Personen anzugeben - Verträge zugunsten Dritter) <b>Belege erforderlich!!!</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (z.B. Kfz, wertvolle Sammlung, Ansprüche auf Darlehensrückzahlung) <b>Belege erforderlich!!!</b>



**VI.2 Haus- und Grundvermögen der unter Ziffer I. aufgeführten Personen:**

Haus- oder Grundvermögen ist vorhanden  nein  ja, und zwar  
 (bitte Einheitswertbescheid, Brandversicherungsunterlagen, vorhandene Belege über den Wert beilegen!)

Eigentümer	Bezeichnung, Flurnummer des Grundbesitzes, Gemarkung, Grundstücksgröße, Baujahr, ggf.: Anteil, Anzahl der Wohnungen, Wohnfläche	Wertangaben in Euro

**VI.3 Vermögensabgaben durch eine unter Ziffer I. aufgeführten Personen:**

Wurden Vermögenswerte veräußert, übergeben, verschenkt?  nein  ja, und zwar  
 (z. B. Haus, Grundstück, Bar- oder Spargeld, Wertpapiere - bitte Verträge beifügen!)

Art, Höhe, Anlass, Zeitpunkt, Empfänger angeben:


**VII. Schulden (bitte belegen):**

Name des Gläubigers Name des Schuldners Grund der Schuldaufnahme	Höhe der ursprünglichen Verbindlichkeit	Derzeitige Restschuld	Zins monatlich		Tilgung monatlich	
			%	Euro	%	Euro



**VIII. Hinweise – Erklärungen:**

**Richtigkeit der Angaben:** Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

**Mitwirkungspflichten:** Mir ist bekannt, dass ohne die in diesem Antragsformular geforderten Angaben über die notwendige Hilfeleistung nicht entschieden werden kann. Ich bin darüber unterrichtet, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort (z. B. Krankenhausaufenthalt) unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

**Ermächtigungen – Datenschutz:** Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit - soweit für die Hilfeleistung erforderlich - die gerichtliche Betreuungsakte und Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten oder beantragt habe oder erhalte.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

**Hinweis gem. Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) – Grundinformationen:**

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO: Bezirk Unterfranken, Silcherstraße 5, 97074 Würzburg, Tel.: 0931/7959-0, E-Mail: g.janke@bezirk-unterfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c), Abs. 2 und 3 DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Unterfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII). Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Weitergehende Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie auf der Homepage des Bezirks Unterfranken (<https://www.bezirk-unterfranken.de/hilfen/sozialhilfe/53.Sozialhilfe.html>). Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.

Sie können sich auch an den Datenschutzbeauftragten der Bezirksverwaltung des Bezirks Unterfranken wenden, den Sie unter folgender Telefonnummer: 0931/7959-1625 oder über folgende E-Mail-Adresse: [datenschutzbv@bezirk-unterfranken.de](mailto:datenschutzbv@bezirk-unterfranken.de) erreichen.

**Geltendmachung von Ansprüchen:** Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Träger der Hilfe unverzüglich informieren.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsoferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsoferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift der(s) Antragstellerin(s) bzw. der(s) gesetzlichen Vertreterin(s)  
Bei Betreuung bitte Betreuerausweis (Kopie) beifügen!  
Bei Bevollmächtigung bitte Vollmacht beifügen!

Unterschrift  
Ehegatte/Lebenspartner

**Nicht vom Antragsteller auszufüllen - Bestätigung der Behörde**

Der Antrag auf Hilfe ist hier am \_\_\_\_\_  aufgenommen worden  eingegangen.

Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Hilfeleistung vorliegen.

Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

Urschriftlich mit \_\_\_\_\_ Belegen am \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_  
weitergeleitet (mit folgender Stellungnahme - ggf. gesondertes Blatt verwenden)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

