

Kommune: Kreis Stormarn Der Landrat Fachdienst Hilfe zur Pflege Mommsenstraße 13 23843 Bad Oldesloe	Sachbearbeiter*in:		ausgegeben am:	
	Aktenzeichen:		Kenntnis ab:	
			Eingangsstempel:	

## Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII und Pflegewohngeld nach dem LPflegeG S-H

☐ **Hilfe zur Pflege und ggf. Pflegewohngeld**

☐ **ambulant (in der Häuslichkeit)**

☐ Pflegegeld   ☐ Pflegesachleistungen   ☐ Haushaltshilfen

☐ **stationär (im Pflegeheim)**

☐ Langzeitpflege   ☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege

☐ **teilstationär**

☐ Tages-/Nachtpflege

☐ **Hilfe in anderen Lebenslagen**

☐ Bestattungskosten (Bitte zusätzlich „Anlagen Bestattungskosten“ ausfüllen)

☐ Blindenhilfe

☐ Hilfe in sonstigen Lebenslagen

für:

---

Name der antragstellenden Person

## Begründung des Antrages, Ursache der Notlage

Welche Beeinträchtigung liegt bei Ihnen vor? Welche Hilfe benötigen Sie?

---

---

---

---

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragebögen vollständig aus. Kreuzen Sie dafür die passenden Kästchen an und füllen Sie alle Felder aus. Auf Ihre Situation unpassende Felder können durch Streichungen gekennzeichnet werden. Wenn Sie mehr Platz brauchen, legen Sie bitte ein weiteres Blatt bei. Bitte alle Angaben durch Nachweise belegen. Am Ende des Antrages gibt es ein Merkblatt. Dort steht, warum wir nach Ihren Daten fragen dürfen.

**Sollte das Antragsverfahren für die antragstellende Person durch eine\*n Betreuer\*in oder eine\*n Bevollmächtigte\*n durchgeführt werden, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen auf dieser Seite:**

Angaben zur Betreuung oder Bevollmächtigung	
Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet oder eine bevollmächtigte Person bestimmt? (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Straße, Hausnummer Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Postleitzahl, Ort Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Telefon Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
E-Mail Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r	
Soll das Verwaltungsverfahren ausschließlich durch die/den Betreuer*in oder die*den Bevollmächtigte*r geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Ausschließlichkeitserklärung beifügen) <input type="checkbox"/> nein

**Alle nun folgenden Fragen beziehen sich auf die Person, die Sozialhilfeleistungen benötigt und (sofern vorhanden) deren Partner\*in**

1. Ihre persönlichen allgemeinen Angaben		
	Antragsteller*in	Partner*in
Anrede	<input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Titel		
Nachname		
Ggf. Geburtsname		
Vornamen		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Anschrift: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Adresszusatz (ggf. bei wem?)		
E-Mail		
Telefon und/oder Mobiltelefon		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
a) Seit wann		
b) Wenn geschieden: Gericht Datum und Aktenzeichen		
c) Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige und zwar _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige und zwar _____
Einreisedatum		
Aufenthaltsstatus (bitte Nachweis beifügen)	unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:	unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:
Aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit		
Liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor? (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Antragsteller*in	Partner*in
Erwerbsunfähigkeit festgestellt durch:		
Erwerbsunfähigkeit befristet?	<input type="checkbox"/> ja, bis <input type="checkbox"/> nein (dauerhaft)	<input type="checkbox"/> ja, bis <input type="checkbox"/> nein (dauerhaft)
Haben Sie früher <b>Sozialhilfe</b> erhalten bzw. erhalten Sie Sozialhilfe?	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe erhalten	von            bis	von            bis
Wer hat die Sozialhilfe gezahlt?		
Haben Sie früher <b>Eingliederungshilfe</b> erhalten bzw. erhalten Sie Eingliederungshilfe?	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
Eingliederungshilfe erhalten	von            bis	von            bis
Wer hat die Eingliederungshilfe gezahlt?		
Haben Sie früher Leistungen von der <b>Bundesagentur für Arbeit (Arbeitsamt)</b> oder <b>Jobcenter</b> erhalten bzw. erhalten Sie entsprechende Leistungen?	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nein
Leistungen erhalten	von            bis	von            bis
Wer hat die Leistungen gezahlt?		
Wurde ein <b>Rentenantrag</b> gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenantrag gestellt am		
Rente ist bereits bewilligt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sozialversicherungsnummer		
Steueridentifikationsnummer		
Sind Sie in den letzten 5 Jahren einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen oder haben Sie freiwillig Rentenversicherungsbeiträge gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie im Ausland einer Erwerbstätigkeit nachgegangen?	<input type="checkbox"/> ja (bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte auf einem weiteren Blatt erläutern) <input type="checkbox"/> nein

Wovon haben Sie in den letzten drei Jahren Ihren Lebensunterhalt bestritten?		
Seit wann leben Sie unter der jetzigen Anschrift?		
Wo haben Sie vorher gewohnt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)?		
Zuzug aus einer stationären Einrichtung/besonderen Wohnform/Pflegeheim?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wo haben Sie vor dem erstmaligen Einzug in eine besondere Wohnform/stationäre Einrichtung/Pflegeheim gewohnt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)?		
Benötigen Sie Pflege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad (Bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) beifügen):	<input type="checkbox"/> keinen Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/> keinen Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
Resultiert eine ggf. vorliegende Gesundheitsstörung aus einem Unfall, Impfschaden, einer Gewalttat oder ähnlichem Ereignis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt

## 2. Angaben zur Feststellung Ihres finanziellen Bedarfes

### Angaben zu den Kosten der Unterkunft

Wie wohnen Sie (bei stationärer Hilfe zur Pflege bitte Wohnverhältnisse vor Ihrer Heimaufnahme angeben oder die aktuellen Wohnverhältnisse von dem\*der Partner\*in, wenn Sie in einer Partnerschaft leben)?

- ☐ in einer besonderen Wohnform (früher stationäre Einrichtung)  
☐ Mietwohnung  
☐ zur Untermiete  
☐ mietfrei  
☐ eigenes Haus/Eigentumswohnung (**bitte Anlage 2 „Immobilien“ ausfüllen**)  
☐ sonstiges (bitte erläutern Sie Ihre Wohnsituation) \_\_\_\_\_

Größe der Wohnung: \_\_\_\_\_ qm, davon untervermietet: \_\_\_\_\_ qm

Anzahl der Räume: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Wieviel zahlen Sie für Ihre Wohnung?

Kosten (bitte Nachweise beifügen, z. B. Mietvertrag, Wohn- und Betreuungsvertrag):

Kaltmiete \_\_\_\_\_ € (**ohne** Heiz- und Betriebskosten, Garagenmiete u. a.)

Betriebskosten \_\_\_\_\_ € (z. B. Gas, Wasser, Grundsteuer, Müllgebühren usw.)

Heizkosten \_\_\_\_\_ €

Ich heize mit ☐ Gas ☐ Heizöl ☐ Fernwärme ☐ Strom ☐ Holz ☐ sonstiges

Pauschalmiete \_\_\_\_\_ €

Warmwasserversorgung erfolgt:

☐ zentral (über die Heizung)

☐ dezentral (über Boiler, Durchlauferhitzer)

Kosten für dezentrale Warmwasserbereitung \_\_\_\_\_ €

Bekommen Sie Wohngeld/Lastenzuschuss? ☐ nein ☐ ja (bitte Bewilligungsbescheid beifügen)

**Zusatzfrage bei Aus- und Umzügen:**

Begehren Sie im Zusammenhang mit Ihrer Antragstellung auch die Übernahme von Umzugs- und/oder Räumungskosten?

☐ nein ☐ ja

Bitte denke Sie daran, dass zur Übernahme von Umzugs- und Räumungskosten **drei Kosten-voranschläge** einzuholen und einzureichen sind. Außerdem ist die **vorherige Zustimmung des zuständigen Sozialhilfeträgers** notwendig, damit Kosten übernommen werden können.

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung	
Antragsteller*in	Partner*in
Name und Anschrift Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung:	Name und Anschrift Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung:
Versicherungsnummer: Monatsbeitrag: KV _____ € PV _____ €	Versicherungsnummer: Monatsbeitrag: KV _____ € PV _____ €
<b>Ich bin</b> <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> als Rentner*in versichert <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller*in versichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert  Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.	<b>Mein*e Partner*in ist</b> <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> als Rentner*in versichert <input type="checkbox"/> als Rentenantragsteller*in versichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert  Bei privater (Zusatz-) Versicherung bitte unbedingt Leistungsumfang nachweisen.
Zusatzfrage bei <b>stationärer Hilfe Zur Pflege</b> : Für die von Ihnen zu leistenden Zuzahlungen für die Leistungen der Krankenversicherung bis zur individuellen Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Leistungen in Form eines ergänzenden Darlehens, wenn Sie dem nicht widersprechen. Die Rückzahlung erfolgt durch das Einbehalten von monatlichen Raten aus dem Barbetrag. Möchten Sie der darlehensweisen Übernahme widersprechen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Sofern Sie „ <b>nicht versichert</b> “ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen:		
	Antragsteller*in	Partner*in
Lag bereits früher ein Krankenversicherungsverhältnis vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in der Vergangenheit eine Erwerbstätigkeit ausgeübt (auch im Ausland)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Bedarfe der Hilfen zur Gesundheit bestehen akut?		
Welche Krankenversicherung soll künftig Ihre Krankenbehandlung sicherstellen?		

Angaben zu Mehrbedarfen		
	Antragsteller*in	Partner*in
Schwerbehinderung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis gültig bis:		
Grad der Behinderung: Merkzeichen (z. B. G, aG, BI) <b>(bitte Nachweis beifügen):</b>	_____ % <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF	_____ % <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF
Haben Sie einen Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
Sind Sie schwanger? <b>(Wenn ja, bitte Mutterpass beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorauss. Entbindungstermin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorauss. Entbindungstermin:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung? <b>(Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für behinderte Menschen o.ä. teil? <b>(Bitte Bescheinigung beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele Tage pro Woche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele Tage pro Woche?
Haben Sie Kosten für Schulbücher/Arbeitshefte? <b>(Bitte Nachweise beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Liegt ein einmaliger, unabweisbarer, besonderer Bedarf vor? Welcher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



### 3. Ihre Einkommenserklärung (aktuelles Einkommen)

Bei steuerpflichtigem Einkommen ist immer der Steuerbescheid beizufügen.

Art des Einkommens (alle Angaben in Euro)		Antragsteller*in	Partner*in	weitere Person(en) in der Wohnung
nichtselbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
selbständige Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Leistungen der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Bürgergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sozialhilfe/Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Kindergeld Kindergeld-Nr:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Elterngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Hinterbliebenenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sonstige Renten/Pensionen (z.B. ausländische Renten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	1. Art	1. Art	1. Art
		Betrag	Betrag	Betrag
		2. Art	2. Art	2. Art
		Betrag	Betrag	Betrag
betriebl. Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

BAföG-Leistungen , Unterhaltssicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Baukindergeld, Steuer- erstattung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Landesblindengeld, Blindenhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>Sonstige Einkünfte</b> (z. B. aus Altenteils- /Überlassungsverträ- gen, Leibrenten, Zu- wendungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>Ist Einkommen gepfändet oder ab- getreten?</b>	<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

<b>Angaben zur Bereinigung Ihres Einkommens (nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist)</b>			
<b>Absetzbare Beträge aktuelles Jahr (alle Angaben in Euro)</b>	<b>Antragsteller*in</b>	<b>Partner*in</b>	<b>weitere Per- son(en) in der Wohnung</b>
<b>Sind absetzbare Beträge vorhan- den?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufwendungen für Arbeitsmittel (Be- rufskleidung, Reinigung)	<input type="checkbox"/> nicht vorhan- den	<input type="checkbox"/> nicht vorhan- den	<input type="checkbox"/> nicht vorhan- den
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte einfache Fahrtstrecke Beförderungsmittel	km	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden (Gewerk- schaft, Sozialverband)	<input type="checkbox"/> nicht vorhan- den	<input type="checkbox"/> nicht vorhan- den	<input type="checkbox"/> nicht vorhan- den
Hausratversicherung			
Haftpflichtversicherung			
Altersvorsorge Beitrag mtl. Art:			
sonst. Versicherung Art:			
sonstiges und besondere finanzielle Belastungen:			

4. Ihre Vermögenserklärung			
Es sind alle Vermögenswerte im In- und Ausland anzugeben.			
Art des Vermögens (alle Angaben in Euro)		Antragsteller*in	Partner*in
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bank-/Girokonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____
		2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____	2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____
Sparguthaben (z. B. Sparbuch, Festgeld- oder Tagesgeldkonto, Sparverträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____	1. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____
		2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____	2. Bank _____ IBAN: _____ Kontostand _____
Altersvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei _____ Wert: _____	bei _____ Wert: _____
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei _____ Wert: _____	bei _____ Wert: _____
Aktien/Pfand- briefe/sonst. Wertpa- piere/Patentrechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Wert: _____	Art: _____ Wert: _____
PayPal- und/oder Pay- direkt-Konten, Trading- guthaben, Kryptowäh- rung etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Wert: _____	Art: _____ Wert: _____
Lebens-/Sterbegeld- /Unfallversicherungen, Bestattungsvorsorge (Rückkaufswert)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	1. bei _____ Wert: _____	1. bei _____ Wert: _____
		2. bei _____ Wert: _____	2. bei _____ Wert: _____
		3. bei _____ Wert: _____	3. bei _____ Wert: _____
Kraftfahrzeuge Marke/Typ, Erstzulassung Kilometerstand Wert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Sachwerte (z. B. Schmuck, Münzen, Gemälde, Antiquitäten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Wert: _____	Art: _____ Wert: _____
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Größe: _____ qm Wohnfläche: _____ qm Anzahl Wohneinheit.: _____ Verkaufswert: _____	Art: _____ Größe: _____ qm Wohnfläche: _____ qm Anzahl Wohneinheit.: _____ Verkaufswert: _____
Ansprüche gegen Dritte (z. B. Darlehen, Mietkaution, Genossenschaftsanteile, Ansprüche aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilverträgen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____
Erbschafts- und Pflichtteilsansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Höhe: _____	Art: _____ Höhe: _____
sonst. Ansprüche (z. B. aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilverträgen, Wohn- oder Nießbrauchrechte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____	Art: _____ Schuldner: _____ Höhe: _____
<p>Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? Wurden Vermögenswerte abgetreten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p><b>Bitte fügen Sie sofern vorhanden den entsprechenden Vertrag bei.</b></p>			

## 5. Angaben zu weiteren Personen in Ihrem Haushalt

**Leben noch weitere Personen in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, benennen Sie bitte diese Personen.

	Person 1	Person 2	Person 3
Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verhältnis zur antragstellenden Person			
Staatsangehörigkeit			
bei Ausländern: Aufenthaltsstatus / bis			
aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit			
Schwerbehinderung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbsunfähigkeit liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 6. Angaben zu Angehörigen außerhalb Ihres Haushaltes

**Leben Familienangehörige (Eltern und Kinder aller antragstellenden Person/en) oder getrenntlebende/geschiedene Ehegatten bzw. Lebenspartner\*innen außerhalb Ihrer Wohnung/Ihres Hauses?**

☐ nein ☐ ja (Wenn ja, benennen Sie bitte diese Person/en.)

	Person 1	Person 2	Person 3
Name			
ggf. Geburtsname			
Vorname			
Wohnort, Straße, Haus-Nr.			
Verhältnis zum/r Antragsteller*in			
aktuell ausgeübte Erwerbstätigkeit: Wo (Arbeitgeber)?			
Die Person verfügt über nachfolgende Bruttoeinkünfte, die jährlich geschätzt in Summe:	<input type="checkbox"/> 100.000 € übersteigen <input type="checkbox"/> 100.000 € nicht übersteigen <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> 100.000 € übersteigen <input type="checkbox"/> 100.000 € nicht übersteigen <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> 100.000 € übersteigen <input type="checkbox"/> 100.000 € nicht übersteigen <input type="checkbox"/> unbekannt

Einkünfte aus Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
weitere Einkünfte (z. B. Rente, Pension, Unterhalt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Haben Sie Vermögenswerte an diese Person/en übertragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Was? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Was? _____ Wann? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Was? _____ Wann? _____
<p>Bestehen <b>Unterhaltsansprüche</b> gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner*in oder Partner*innen einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet</p> <p>          <input type="checkbox"/> Unterhalt bereits tituliert (bitte Nachweis beifügen)</p> <p>          <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht</p> <p>          <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt (bitte Nachweis beifügen)</p>			

**Ich möchte im Zusammenhang auf ggf. vorliegende Unterhaltsverpflichtungen auf folgendes hinweisen, oder folgenden Sachverhalt darstellen:**

---



---



---

## Erklärung der antragstellenden Person (oder der\*des gesetzlichen Vertreter\*in):

### • Wahrheit der Angaben

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.

Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

### • Mitwirkungspflicht

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte, Auslandsaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

### • Datenschutz

Um zu den Informationen über die Erhebung von Daten zu gelangen, scannen Sie einfach den folgende QR-Code. Die Informationen sind im Vorwege an die Antragstellung zur Kenntnis zu nehmen:



Alternativ können Sie uns auch gerne kontaktieren und wir stellen Ihnen die Informationen kostenfrei schriftlich zur Verfügung.

### • Überleitung von Ansprüchen

Der Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung der\*des Schuldner\*in die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gemäß § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Leistungsträger über.

☐ **Ich bestätige, die Informationen zur Wahrheit der Angaben, Mitwirkungspflicht, Überleitung von Ansprüchen und die Erklärung zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.**

☐ **Mir ist bekannt, dass der Antrag erst dann abschließend bearbeitet werden kann, wenn alle geforderten Angaben/Unterlagen vervollständigt oder nachgereicht worden sind.**

Die gegebenenfalls zu gewährenden Geldleistungen (z. B. Barbetrag im Pflegeheim, Bekleidungsbeihilfen, Pflegegeld, Blindenhilfe o. ä.) sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

---

Bank, IBAN

---

Kontoinhaber

---

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller\*in bzw. Betreuer\*in





## Sozialhilfeantrag-Checkliste

### **Nachweise zu den allgemeinen persönlichen Angaben (Seite 2-5)**

- ☐ Sozialhilfeantrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben
- ☐ Kopie des Personalausweises (beidseitig)
- ☐ ggf. Kopie des Schwerbehindertenausweises/Feststellungsbescheides
- ☐ ggf. Vollmacht/Bestellungsurkunde
- ☐ ggf. Schweigepflichtentbindung (Anlage 1)

### **Nachweise bei Pflegebedürftigkeit (Seite 5)**

- ☐ Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad im Leistungszeitraum
- ☐ Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) zur Einstufung in einen Pflegegrad
- ☐ Aufnahmemitteilung des Pflegeheimes (wenn noch keine Aufnahme erfolgt ist, teilen Sie bitte schriftlich mit, in welchem Pflegeheim und ab wann die Aufnahme geplant ist)
- ☐ Leistungsbescheid der Pflegekasse
- ☐ Mitteilung der Pflegekasse über angespartes Budget aus dem Entlastungsbetrages
- ☐ bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege: Mitteilung der Pflegekasse ob Mittel aus der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege übertragen werden können

### **Nachweise bei Mietverpflichtungen (Seite 6)**

- ☐ Kopie des Mietvertrages
- ☐ Beleg über die aktuelle Miethöhe
- ☐ Beleg über die Mietkaution
- ☐ Belege über aktuellen Nebenkosten (z.B. Gas und Wasser)
- ☐ ggf. Kündigungsbestätigung

### **Nachweise bei Grund- und Immobilieneigentum (Seite 6)**

- ☐ ausgefüllte Anlage 2 „Immobilien“
- ☐ Belege zu allen Angaben in Anlage 2 „Immobilien“
- ☐ Belege über notwendige Nebenkosten (z.B. Gas und Wasser)
- ☐ Grundbuchauszug
- ☐ ggf. Kaufverträge

### **Nachweise zum Einkommen (Seite 9 und 10)**

- ☐ Belege zu allen Einkommensangaben (z. B. Renten-, Pensionsbescheide, Grundsicherungs-, Wohngeldbescheide, Arbeitslosengeld, Mieteinnahmen, Dividenden)
- ☐ ggf. Gehaltsabrechnungen der letzten 6 Monate

### **Nachweise zu Einkommensabzüge (Seite 10)**

- ☐ Belege zu allen Angaben zu Einkommensabzügen (z.B. aktuelle Beitragsrechnungen von Kfz-Haftpflichtversicherung, Personenhaftpflichtversicherung, Hausratversicherung oder Belege für Fahrtkosten zur Arbeitsstätte)

### **Nachweise zum Vermögen (Seite 11 und 12)**

- ☐ Belege zu allen Vermögensangaben (z. B. Beleg über den aktuellen Rückkaufwert von vorhandenen Lebens- oder Sterbeversicherungen)
- ☐ Belege zum Vermögenswert von Kraftfahrzeugen (z.B. Zulassungsbescheinigung Teil II, Kilometerstand, Wertgutachten)
- ☐ Überlassungs- und Schenkungsverträge