

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

Kreisausschuss des
Lahn-Dill-Kreises
Abt. Soziales u. Integration
Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar

VORBLATT

Antrag auf Leistungen in
stationären Einrichtungen

Antrag auf Sozialhilfeleistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegenden vordruckmäßigen Sozialhilfeantrag erhalten Sie mit der Bitte um baldige Entscheidung.
(Raum für weitere Mitteilungen):

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

**Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)
 Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -**

Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

1	Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen			Aufnahmetag: _____
	Name der Einrichtung: _____			
	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> kurzfristig	_____	
	<input type="checkbox"/> dauerhaft	_____		
2	<input type="checkbox"/> Leistungen der Tagesstruktur im Rahmen der Eingliederungshilfe			

3	<input type="checkbox"/> freiwillig			
4	<input type="checkbox"/> auf Antrag des/der	<input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Vormunds	<input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin
		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten		
5	<input type="checkbox"/> aufgrund folgender Rechtsgrundlage _____		Az. des Gerichts: _____	
	<small>(bitte angeben, z.B.: § 1906 BGB)</small>			

6	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 1 und 2 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget.
---	---

Angaben zur nachfragenden Person

7	Name:		
8	Vorname:		
9	Ggf. Geburtsname:		
10	Straße, Hausnummer:		
11	PLZ:	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme:	
12	Telefon:	Fax:	E-Mail-Adresse:
13	Geb.-Datum:	Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status):	
14	Geburtsort und -kreis:		
15	Geschlecht (m/w/d):	Familienstand (ledig/verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft/getr. lebend/geschieden/verwitwet):	seit:
16	Ausgeübter Beruf:		
17	Arbeitgeber:		

18	Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt? <input type="checkbox"/> Nein
19	<input type="checkbox"/> Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____
20	- beantragt am: _____ bei: _____
(Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen!)	
Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? Liegt eine Bevollmächtigung vor? (Bitte Vollmacht beifügen!)	
21	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____
22	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____
23	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____
24	Bestellung durch Amtsgericht: _____ (Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)
Wurde die Anerkennung als Aussiedler/Aussiedlerin/Vertriebener/Vertriebene/Asylberechtigter/Asylberechtigte beantragt?	
25	<input type="checkbox"/> Nein
26	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Ergebnis: _____ (Ggf. Kopien des Anerkennungsbescheides/Ausweises beifügen!)

Aufenthaltsverhältnisse

Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Aufnahme (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort übereinstimmt):		
von	bis	Straße, Ort
27	_____	_____
28	_____	_____
29	_____	_____
30	_____	_____
Erfolgte die Einreise aus dem Ausland?		
31	<input type="checkbox"/> Nein	
32	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ aus: _____ (Zeit und Ort des Grenzübertritts)	
Wurde nach dem Grenzübertritt Sozialhilfe bezogen?		
33	<input type="checkbox"/> Nein	
34	<input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____ zahlende Stelle: _____	

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?	
35	<input type="checkbox"/> Nein
36	<input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwer/Witwe/Waise/Eltern) (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?	
37	<input type="checkbox"/> Nein
38	<input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Anspruch gegen Dritte

Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?

39 Nein

Name, Anschrift:

Versicherungs-Nr.:

40 Ja, bei:

41 pflichtversichert

Rentner/in

als Fam.-Angehörige/r des/der

42 freiw. Mitglied

Rentenantragsteller/in

privat versichert

nach § 264 SGB V

Ist bereits ein Pflegegrad festgesetzt worden? Nein

Ja, und zwar PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

(Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid der Pflegekasse über die Festsetzung des Pflegegrades beifügen!)

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

43 Nein

44 Ja, am:

(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden?

45 Nein

Name, Anschrift:

Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.:

46 Ja, bei:

Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? - ggf. bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben -

47 Nein

48 Ja Schadensersatzansprüche geltend gemacht am: _____ gegen: _____ Ergebnis: _____

Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (bitte Namen des Schädigers; falls bekannt auch dessen Haftpflichtversicherung angeben)

Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)

49 Nein

50 Ja,

Bestehen sonstige Ansprüche? (z. B. Unterhaltsansprüche, Lebensversicherung, private Unfallversicherungen, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. - wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungs-Nr. und Anschrift des/der Verpflichteten angeben)

51 Nein

52 Ja,

Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige

	Vater	Mutter	(geschiedener / getrennt lebender) Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in*	Kind 1	Kind 2
53 Name, ggf. Geburtsname					
54 Vorname					
55 Geburtsdatum					
56 Straße, Haus-Nr.					
57 Wohnort					
58 Telefon					
59 Fax					
60 E-Mail-Adresse					
61 ausgeübter Beruf					
62 Arbeitgeber					
63 Verfügen Ihre beiden Elternteile jeweils über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000€	<input type="checkbox"/> ja, mein Vater <input type="checkbox"/> ja, meine Mutter		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt	
64 Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000€?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt	
65 Wenn ja, welches Kind?	Bitte Name, Vorname eintragen				

* Zutreffendes bitte unterstreichen

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen
(bei Verheirateten: Ehegatte, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft)

(Wichtig: Bitte Belege beifügen! Insbesondere beim Bezug von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII)

66	Name des Einkommensbeziehers/ der Einkommensbezieherin	Einkommensart	Betrag €	zahlende Stelle	Aktenzeichen ggf. mit Post- abrechnungsnummer

67	<p>Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>Beantragte Leistung: _____ Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

Kosten der Unterkunft (falls erforderlich bitte gesondertes Beiblatt verwenden):

68	Monatliche Miete:	Mietnebenkosten:	Art der Nebenkosten:
69	Höhe der jährlichen Belastungen bei Haus-/Wohnungseigentum (bitte Belege beifügen):		
70	Lebt die nachfragende Person mit anderen als den in der Zeile 59 genannten Personen in häuslicher Gemeinschaft?		
71	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____		

Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen):

		nachfragende Person	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in	1.	2.	3.
72	Aufwendungen für Arbeitsmittel/ Fahrkosten					
73	Beiträge zu Berufsverbänden					
74	Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung					
75	Beiträge für Versicherungen					
76	Art:					
77	Art:					
78	Art:					
79	Zu leistende Unterhalts- Zahlungen					
80	Art:					
81						

VERMÖGENSVERHÄLTNISSE

der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen

(bei Verheirateten: Ehegatte-E, bei eingetragener Lebenspartnerschaft: Lebenspartner/in-LP, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft,-P)

82	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen.	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) folgendes Vermögen: (Bitte Belege beifügen!)
83	a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der nachfragenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!):	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____	Betrag: _____
	Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____	Betrag: _____
	Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____	Betrag: _____
	Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____	
	(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)	
84	b) Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):	
85	c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:	
	Anschrift: _____	
	Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____	Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____
	Grundstücksgröße in qm: _____	Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
86	d) Sonstiger Grundbesitz:	
	Art, Lage, Verkehrswert: _____	
	Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____	
87	e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche)	

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)

88	<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.			
89	<input type="checkbox"/> folgendes Vermögen	<input type="checkbox"/> veräußert:	<input type="checkbox"/> übertragen:	<input type="checkbox"/> verschenkt:
	Bezeichnung: _____	Wert: _____	Datum: _____	an (Name, Anschrift): _____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)			

Einkommensverhältnisse,

auch die der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft).

Vermögensverhältnisse,

auch die der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft).

Erklärung der nachfragenden Person oder des/der rechtlichen Vertreters/in falls diese/r Antragsteller/in ist:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialhilfeleistung erforderlich ist.

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfall noch eine besondere Erklärung notwendig. Das Merkblatt M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des Kreisausschusses des Lahn-Dill-Kreises nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreters/in bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist

Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Anlage M:

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB), Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil -

Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,
- können abgelehnt werden.
- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65 a Aufwendungsersatz

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Informationsblatt gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Gemäß Art. 13 DS-GVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Sie uns im Zusammenhang mit dem von Ihnen gewünschten Verwaltungshandeln mitteilen, zu informieren.

1.	Kontaktdaten	
1.1	Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DS-GVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:	Der Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises, Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar, Telefon: 06441-407-0, E-Mail: info@lahn-dill-kreis.de
1.2	Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DS-GVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG:	Datenschutzbeauftragter des Lahn-Dill-Kreises Telefon: 06441-407-2750, E-Mail: datenschutz@lahn-dill-kreis.de
2.	Zweck, Umfang und Erforderlichkeit der Datenverarbeitung	
2.1	Die von Ihnen im Antrag auf Sozialleistungen nach SGB XII angegebenen sowie im weiteren Verlauf der Abwicklung des Verfahrens ggf. noch erhobenen personenbezogenen Daten sollen zu dem folgendem Zweck erhoben und verarbeitet werden:	Gewährung von Sozialleistungen nach dem SGB XII.
2.2	Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in:	§§ 67 ff. SGB X
2.3	Ihre Daten werden zum Zweck der Bearbeitung Ihres Anliegens an die nebenbenannten Empfänger weitergeleitet. Eine Weiterleitung an Drittländer oder internationale Organisationen erfolgt nicht.	Sonstige Sozialleistungsträger, Rentenversicherungsträger, Bankinstitute, in die Gewährung von Sozialleistungen eingebundene Institutionen sowie sonstige Dritte, wie z. B. unterhaltspflichtige Angehörige. Bei der Gewährung von Krankenhilfe nach § 48 SGB XII, § 4 AsylbLG sowie § 264 SGB V: Deutsches Dienstleistungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH, Grabenstraße 100-104, 45141 Essen.
2.4	Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus den neben genannten Gründen zur Durchführung des Verwaltungshandelns erforderlich. Bei Nichtbereitstellung der Daten ergeben sich die benannten Folgen.	Es besteht eine gesetzliche Pflicht zur Bereitstellung. Bei Nichtangabe der Daten kann die beantragte Sozialleistung nicht gewährt werden.
3.	Dauer der Speicherung	
	Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehend angegebene Dauer gespeichert. Danach werden sie gelöscht.	Zehn Jahre nach Beendigung des Leistungsverhältnisses.
4.	Ihre Rechte als Betroffene/r	
	Als betroffene Person haben Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DS-GVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DS-GVO, ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 17 DS-GVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DS-GVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DS-GVO sowie ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung nach Art. 21 DS-GVO. Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Weiterhin haben Sie gem. Art. 77 DS-GVO das Recht der Beschwerde wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Aufsichtsbehörde, dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden .	

MERKBLATT ANTRAGSUNTERLAGEN

- ausgefüllter Sozialhilfeantrag lt. Anlage
- Vollmacht Wohngeldverfahren
- Nachweis über das gesamte vorhandene Vermögen (wenn der Antragsteller verheiratet ist, auch des Ehegatten) darunter fallen insbesondere:
 - Geld- und Sparguthaben, Anleihen, Wertpapiere aller Art, Investmentfonds, Aktien, Haus- und Grundvermögen, Geschäfts- und Genossenschaftsanteile bei Wohnungsbaugesellschaften, Erb- und Pflichtteilsansprüche (wir bitten um Vorlage geeigneter Unterlagen, z. B. Kontoauszüge, Depotauszüge, Bestätigungen über Guthaben durch das jeweilige Bankinstitut, notarielle Verträge etc.)
- Kopien aller Kontoauszüge (letzten 3 Monate einschl. Tag der Heimaufnahme, auch Girokonto des Ehegatten)
- Kopien aller Sparbücher der letzten 3 Monate vor Heimaufnahme (auch Sparbuch/Sparbücher des Ehegatten)
- aktuelle/r Kontenübersicht/Kundenfinanzstatus: ausgestellt vom jeweiligen Kreditinstitut, bei dem Konten unterhalten werden
- Nachweise über Lebensversicherungen / Sterbegeldversicherungen / Bestattungsvorsorgevertrag / sonstige Bestattungsrücklagen:
 - Kopie(n) der Versicherungspolice(n), Nachweise über den/die aktuellen Rückkaufswerte der Lebens- und/oder Sterbegeldversicherung(en), Kopie des Bestattungsvorsorgevertrages, Nachweis der Bestattungsrücklagen
- bei Haus- und Grundvermögen: nähere Angaben über Art, Größe, Lage und Wert;
 - Kopie des Grundbuchauszuges sofern vorhanden
- Erklärung über die Vermögensverhältnisse lt. Anlage (bei Verheirateten: beider Ehegatten)
- Einkommensnachweise in Kopie (auch die des Ehegatten)
 - aktuelle Rentenanpassungsmittteilung(en), Bezügemittteilung(en), Bescheid Blindengeld
 - aktuelle Bescheinigung über die Betriebsrente, Firmenrente, Zusatzversorgung
 - Vertrag über Leibrente, Schadenersatzansprüche, Versicherungsleistungen etc.

...



Bitte heften oder klammern Sie die Unterlagen **nicht**, da wir die Belege/Kopien einzeln scannen!

- Sofern innerhalb der letzten 10 Jahre vor Heimaufnahme Grundvermögen verkauft, veräußert oder verschenkt wurde:
 - Kopie Übergabe-, Schenkungs- oder Kaufverträge – falls vorhanden – vollständig kopiert
- Kopie Betreuerausweis oder Vorsorgevollmacht
- Kopie des Leistungsbescheides der Pflegekasse über die Gewährung von
 - vollstationären Leistungen
 - Leistungen zur Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege
 - des Leistungszuschlages
 - **Bei Kurzzeitpflege:**

Nachweis der Pflegekasse über die Höhe des zur Verfügung stehenden Entlastungsbetrages
- Kopie Schwerbehindertenausweis, sofern vorhanden
- **Bei bestehenden Mietverhältnis:**
 - Mietbescheinigung (vom Vermieter ausgefüllt und unterschrieben)
 - Nachweise über Verbrauchskosten (Wasser-, Kanal- und Müllgebühren sowie Heizkosten)
 - Nachweise über bestehende Versicherungen (aktuelle Beitragsmitteilung)
 - Kopie der Wohnungskündigung
 - Kopie des Mietvertrages
- **Bei bestehendem Grundvermögen:**
 - Kopie des aktuellen Grundsteuerbescheides
 - Nachweis über Heizkosten
 - Nachweise über sonstige Verbrauchskosten (Wasser-, Kanal- und Müllgebühren)
 - Nachweise über Brandversicherung und Gebäudehaftpflicht (aktuelle Beitragsmitteilungen)

Hinweise:

Die Renten sind ab dem Tag der Aufnahme bzw. Antragstellung in voller Höhe an das Pflegeheim zu zahlen; im Aufnahmemonat anteilig und ab dem Folgemonat in voller Höhe. Bei Eheleuten ist aus dem gemeinsamen Einkommen ein monatlicher Kostenbeitrag zu den Heimpflegekosten zu leisten. Erfolgt eine Kurzzeitpflege ohne anschließende vollstationäre Unterbringung, wird aus dem Einkommen ebenfalls ein Kostenbeitrag errechnet.

Ihre Antragsunterlagen senden Sie bitte an:

**Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
Abteilung Soziales und Integration
Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar**



Bitte heften oder klammern Sie die Unterlagen **nicht**, da wir die Belege/Kopien einzeln scannen!

ERKLÄRUNG VERMÖGENSVERHÄLTNISSE

Name	Vorname

Angaben über meine Vermögensverhältnisse (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit erkläre ich wahrheitsgemäß, dass ich

- über keine weiteren Konten, Wertpapiere oder sonstiges Spar- und Barvermögen, als im Antrag *ANLAGE V* angegeben, verfüge.
- in den letzten zehn Jahren kein Spar- oder Barvermögen sowie kein Grundvermögen im Wert von über 1.000,00 € verschenkt oder veräußert habe.
- kein Grundvermögen besitze.
- innerhalb der letzten zehn Jahre über kein Wohnungs-, Insitz- oder Nießbrauchrecht sowie keine Reallast verfügt habe bzw. keines der vorgenannten Rechte innerhalb der letzten zehn Jahre aufgegeben bzw. löschen lassen habe.
- über keinen Bestattungsvorsorgevertrag, Sterbegeld-/Lebensversicherung oder sonstiges Vermögen zur Bestattungsvorsorge verfüge.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig gemacht wurden und der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach § 263 Strafgesetzbuch möglich ist.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

ERKLÄRUNG BESTATTUNGSVORSORGE

Name	Vorname

Um neben der Vermögensfreigrenze weiteres Vermögen in angemessener Höhe zum Zwecke der Bestattungsvorsorge anzuerkennen, bitten wir Sie die nachfolgenden Angaben über Ihren gewünschten Bestattungsort sowie Ihre gewünschte Bestattungsart zu machen.

Angaben zur Bestattungsvorsorge (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Vorsorgeart	
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung
<input type="checkbox"/> Es besteht <u>keine</u> Bestattungsvorsorge	

Angaben zur Bestattung (Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen)

Gewünschter Bestattungsort	
<input type="checkbox"/> Letzter Wohnort vor Heimaufnahme	<input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____

Gewünschte Bestattungsart		
<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung	<input type="checkbox"/> Friedwald

Bemerkungen

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

ERKLÄRUNG SONDENNAHRUNG

Name	Vorname

Aufgrund eines Urteils des Bundesgerichtshofes ist bei Heimbewohnern, welche dauerhaft durch Sondennahrung ernährt werden, ein Anteil an den Unterkunftskosten in Abzug zu bringen, da die Kosten der Sondennahrung durch die Krankenkasse übernommen werden.

- Der/Die Obengenannte erhält **dauerhaft** Sondennahrung ab _____.
- Der/Die Obengenannte erhält keine Sondennahrung.
- Der/Die Obengenannte erhält Sondennahrung als Nahrungsergänzung zusätzlich zu den Mahlzeiten.

Ort, Datum	Unterschrift

ERKLÄRUNG DARLEHEN ZUZAHLUNG

Name	Vorname

Ich wurde vom Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises mit einem Infoblatt über die Möglichkeit der Darlehensgewährung für die Zuzahlung von Eigenanteilen zu Gesundheitsleistungen in Höhe der Belastungsgrenze sowie die Rückzahlungsmodalitäten umfassend informiert.

- Ich nehme das Darlehen in Anspruch.
- Ich nehme das Darlehen nicht in Anspruch.

Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer

Liegt eine chronische Erkrankung vor? ja nein

--	--

Ort, Datum **Unterschrift**

VOLLMACHT WOHNUNGELDVERFAHREN

Bevollmächtigende/r

Name	Vorname

Geburtsdatum

Bevollmächtigter

Leistungsträger	
Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises	Abteilung Soziales und Integration

Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Karl-Kellner-Ring 51	35576 Wetzlar

Die Vollmacht umfasst insbesondere die Befugnis, in meinem Namen einen Wohngeldantrag zu stellen, ein Rechtsmittelverfahren durchzuführen, Wohngeldzahlungen entgegenzunehmen und - soweit gesetzlich zulässig - auf die Sozialhilfeleistung anzurechnen. Ein etwaiger Überschuss ist mir zu erstatten.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmacht

gemäß § 13 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X)

Hiermit erteile ich, _____, geb. am _____

der folgenden Person Vollmacht:

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ und Wohnort: _____

Diese Vollmacht ermächtigt den Bevollmächtigten zu allen das Verwaltungsverfahren betreffenden Verhandlungen, die sich aus der Geltendmachung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) sowie dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ergeben, sofern sich aus ihrem Inhalt nicht etwas anderes ergibt.

Der Bevollmächtigte hat auf Verlangen seine Vollmacht schriftlich nachzuweisen. Ein Widerruf der Vollmacht wird der Behörde (Abteilung Soziales und Integration) gegenüber erst wirksam, wenn er ihr zugeht.

Datum und Unterschrift des Antragstellers