



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

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

<b>Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen</b> <input type="checkbox"/> Therapienebenkosten <input type="checkbox"/> Nebenkosten während der Inhaftierung		
<b>Hilfe zur Pflege</b> <b>in einer Pflegeeinrichtung:</b> <input type="checkbox"/> Dauerhafte Unterbringung in einem Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Tagespflege bzw. Nachtpflege	<b>im häuslichen Bereich;</b> <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag,	<b>in anderen Wohnformen:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Hilfe bei Krankheit</b>		
<b>Hilfe in anderen Lebenslagen</b> <input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushalts <input type="checkbox"/> Blindenhilfe <input type="checkbox"/> Altenhilfe <input type="checkbox"/> Hilfe in sonstigen Lebenslagen		

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

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Adresse, <b>Telefon-Nr.</b> (anzugeben ist die Adresse, an der Sie gemeldet sind):		
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 die einer Einrichtung ist, geben Sie bitte Ihre letzte Adresse außerhalb einer Einrichtung an (sollten Sie bei Angehörigen oder Bekannten gewohnt haben, ist deren Adresse anzugeben):

\_\_\_\_\_

Hatten Sie in der Vergangenheit einen festen Wohnsitz im Ausland:  ja, von/bis in \_\_\_\_\_;  nein

### 4. Angehörige (soweit vorhanden)

- **Ihr Ehegatte** (auch geschiedene/r) **bzw. Lebenspartner/in oder Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft;**  bereits verstorben

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 dann erforderlich, wenn noch nicht verstorben)  bereits 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 dann erforderlich, wenn noch nicht verstorben)  bereits 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; für weitere Kinder bitte gesonderte Aufstellung beifügen);  Ich habe keine Kinder

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Straße, PLZ, Wohnort:	Beruf mit Jahresbruttoeinkommen:

**- 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>Nebenstehend 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"/> Betriebsrente/n	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Auslandsrente/n (Land: _____)	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<b><u>Sonstige Renten</u> (bitte eintragen):</b>					
_____ -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>					
<input type="checkbox"/> Miete / <input type="checkbox"/> Pacht	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Arbeitslosengeld (ALG): <input type="checkbox"/> ALG I; <input type="checkbox"/> ALG II	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Aufwandsentschädigung	<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:	_____	_____	_____	_____
<b>Unterhalt:</b> <input type="checkbox"/> USG; <input type="checkbox"/> UVG; <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Wohngeld / Mietzuschuss - nach dem WoGG	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Beziehen Sie bereits Sozialhilfeleistungen: <input type="checkbox"/> ja (welcher Art: _____); <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> Wer zahlt diese Leistung: <input type="checkbox"/> Sozialamt der Stadt/Gemeinde: _____; <input type="checkbox"/> 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. _____ IBAN: _____ ; 2. _____ IBAN: _____	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:  <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Sparguthaben - bei der Bank/Sparkasse: 1. _____ IBAN: _____ ; 2. _____ IBAN: _____	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:  <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
<input type="checkbox"/> Sparverträge / <input type="checkbox"/> Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Festgeldkonten / <input type="checkbox"/> Tagesgeldkonten	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Wertpapiere / <input type="checkbox"/> Fondsanteile	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Geschäfts- bzw. Genossenschaftsanteile	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____
Sonstige Guthaben welcher Art:	<input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja:	_____	_____	_____	_____

**8. Kraftfahrzeuge / Anhänger** (Angaben für die Eltern nur machen, wenn die nachfragende Person minderjährig und unverheiratet ist)

Sind Sie/Ihr Ehegatte/Partner/Ihre Eltern Halter von Kraftfahrzeugen bzw. von Wohn- oder sonstigen Fahrzeuganhängern:  ja (unten eintragen);  nein

Fahrzeugtyp	Hersteller des Fahrzeugs und Modellbezeichnung	Amtliches Kennzeichen	Baujahr	Aktuelle Kilometerleistung

Wie hoch ist der Restwert der og. Fahrzeuge lt. Gutachten einer Kfz-Schätzungsstelle oder einer Bescheinigung eines Markenhändlers:  
Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €; Amtl. Kennzeichen: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €

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

Art der Immobilien	Anzahl	Adressen der Grundstücke / Wohnungen	Grundstücke/Wohnungen sind eingetragen im Grundbuch von	Nummer Grundbuchblatt
Einfamilienhäuser				
Zweifamilienhäuser und/oder Mehrfamilienhäuser				
Eigentumswohnungen				
Gewerbebetrieb / land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb				
Unbebaute Grundstücke				

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Partner/Ihre Eltern den Erwerb von selbstgenutztem Wohneigentum durch Darlehen finanziert:  ja;  nein  
**wenn ja:** In welcher Höhe zahlen Sie derzeit Zinsen für das/die Darlehen (ohne Tilgungsleistung): \_\_\_\_\_ €/Monat

Sind Wertgutachten für die vorhandenen Grundstücke vorhanden:  ja;  nein

Haben Sie Wohnhäuser, Wohnungen in Zwei- oder Mehrfamilienhäusern oder Eigentumswohnungen vermietet:  ja;  nein

Haben Sie anderen Personen Wohnungen/Wohnhäuser oder unbebaute Grundstücke unentgeltlich zur dauernden Nutzung überlassen:  ja;  nein

Haben Sie einen Gewerbe- oder landwirtschaftlichen Betrieb und/oder unbebaute Grundstücke verpachtet:  ja;  nein

Wird der Gewerbe- oder landwirtschaftliche Betrieb noch bewirtschaftet:  ja;  nein

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

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Guthaben, Grundstücke und/oder sonstige Sachwerte in der Vergangenheit an andere Personen übertragen bzw. verschenkt (zutreffendes ankreuzen und eintragen):

ja, vor mehr als 10 Jahren (unten eintragen);  ja, innerhalb der letzten 10 Jahre (unten eintragen);  nein

Begünstigte/r (Name, Adresse) (ggf. separate Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (was wurde übergeben)	Zeitpunkt der Zuwendung	Wert der Zuwendung (Betrag)
			€
			€
			€

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern anderen Personen aktuell Geldbeträge geliehen (privates Darlehen):

ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €;  nein

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Grundstücke und/oder sonstige Sachwerte verkauft:

ja (Geben Sie verkaufte Gegenstände, Datum des Kaufvertrages/Verkaufs und Kaufpreis an; ggf. auf gesonderter Aufstellung);  nein

\_\_\_\_\_

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

**a) Kranken- und Pflegeversicherung** (zutreffendes ankreuzen und eintragen)

Sind Sie krankenversichert:  ja, bei der \_\_\_\_\_;  nein

Welche dieser Personen sind krankenversichert: Ehegatte/Partner  ja;  nein; Vater  ja;  nein; Mutter  ja;  nein

Sind Sie pflegeversichert:  ja; bei der \_\_\_\_\_;  nein

Welche dieser Personen sind pflegeversichert: Ehegatte/Partner  ja;  nein; Vater  ja;  nein; Mutter  ja;  nein

Gesetzlich krankenversichert als Pflichtmitglied oder familienversichert sind:  ich selbst;  Ehegatte/Partner;  Vater;  Mutter

Privat oder freiwillig krankenversichert sind:  ich selbst;  Ehegatte/Partner;  Vater;  Mutter

Wie hoch sind bei freiwilliger bzw. privater Kranken- und Pflegeversicherung die monatlichen Versicherungsbeiträge:

Nachfragende Person: \_\_\_\_\_ €; Ehegatte/Partner/Eltern: \_\_\_\_\_ €; minderjähr. unverheiratete Kinder: \_\_\_\_\_ €

Falls Sie nicht krankenversichert sind: Sind Sie bereits bei einer Krankenkasse als Betreuungsfall angemeldet (§ 264 SGB V):

ja, bei der \_\_\_\_\_;  nein

**b) Sonstige Versicherungen / Vorsorgemaßnahmen** (zutreffendes ankreuzen und eintragen)

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

**Lebensversicherungen**, in Form von (Mehrfachnennungen möglich):

Kapitalversicherung/en;  Risikoversicherung/en;  Rentenversicherung/en;  Sterbegeldversicherung/en

Privathaftpflichtversicherung;  Hausratversicherung;  private Pflegezusatzversicherung (Pflege-Bahr);

Gebäudeversicherungen;  Rollstuhlfahrerhaftpflichtversicherung

Ich habe/Wir haben keine der genannten Versicherungen abgeschlossen

Zahlen Sie, Ihr Ehegatte/Partner/Ihre Eltern Beiträge in staatlich geförderte Altersvorsorgemaßnahmen ein:

Nachfragende Person:  ja, in  betriebliche Altersvorsorge;  Riester-Vertrag;  Rürup-Vertrag;  nein

Ehegatte/Partner, Eltern:  ja, in  betriebliche Altersvorsorge;  Riester-Vertrag;  Rürup-Vertrag;  nein

**wenn ja:** Monatliche Beiträge: Nachfrag. Pers.: \_\_\_\_\_ €, Ehegatte/Partner: \_\_\_\_\_ €, Vater: \_\_\_\_\_ €; Mutter: \_\_\_\_\_ €

Haben Sie und/oder Ihr Ehegatte/Partner oder Ihre Eltern einen **Bestattungsvorsorgevertrag** abgeschlossen:

Nachfragende Person:  ja, im Wert von: \_\_\_\_\_ €;  nein

Ehegatte/Partner, Eltern:  ja, im Wert von: \_\_\_\_\_ €;  nein

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

- Unterhaltszahlungen	Haben Sie bzw. hat Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder ein Elternteil auf gesetzlicher oder vertraglicher Grundlage Unterhaltsbeiträge an andere Personen 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: _____ €/Monat
- Beihilfeanspruch	Haben Sie/Ihr Ehegatte/Partner/Ihre Eltern einen Beihilfeanspruch auf beamtenrechtlicher Grundlage: <input type="checkbox"/> ja (bitte Name und Adresse der Beihilfestelle sowie die Mitgliedsnummer angeben); <input type="checkbox"/> nein _____
- Vertragliche Rechte	Haben Sie Rechte aus einem Übertrags-, Altenteils- oder sonstigen Vertrag: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> Auf welche Rechte haben Sie Anspruch (bitte eintragen): _____
- ABW / AUW	Ambulant Betreutes Wohnen / Ambulant Unterstütztes Wohnen: <input type="checkbox"/> wurde beantragt; <input type="checkbox"/> wurde bewilligt

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

- Eigenständige Kostendeckung	Sofern die Kosten, für die Sie hiermit Sozialhilfemittel beantragen, schon vor der Stellung dieses Antrags regelmäßig angefallen sind, bis wann haben Sie diese Kosten selbst gezahlt (Datum): _____  Erhalten Sie für die Deckung der bislang von Ihnen selbst gezahlten laufenden Kosten Zuwendungen von dritten Personen (z. B. Angehörige): <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig; <input type="checkbox"/> ja, gelegentlich; <input type="checkbox"/> nein
- Vorauszahlung	Sofern Sie Zuwendungen von dritten Personen erhalten, auf welcher Grundlage werden diese gezahlt: <input type="checkbox"/> vertragliche Vereinbarung; <input type="checkbox"/> freiwillig; <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
- Pflegebedürftigkeit	Sofern Sie die notwendige Hilfeleistung durch einen Dienstleister erhalten: Mussten Sie bei Abschluss des Vertrages eine Vorauszahlung leisten: <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €; <input type="checkbox"/> nein  Haben Sie bei Aufnahme in eine Einrichtung eine Kautions hinterlegt: <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €; <input type="checkbox"/> nein  Wurde für Sie bereits ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt: <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein <b>wenn ja:</b> Welcher Pflegegrad wurde Ihnen zuerkannt: <input type="checkbox"/> kein; <input type="checkbox"/> Pflegegrad: ____.  Wann wurde das aktuell gültige Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt: _____  Haben Sie jetzt wegen einer Veränderung Ihres Gesundheitszustandes einen Antrag auf Zuerkennung eines höheren oder niedrigeren Pflegegrades gestellt: <input type="checkbox"/> ja; <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 für die laufenden Kosten 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 unten ausfüllen)
Name und Adresse des Vermieters: _____ <u>Kosten der Unterkunft:</u> Kaltmiete: _____ € + Nebenkosten: _____ € + Heizung: _____ € = _____ €/Monat Mit welcher Energieart wird Ihre Wohnung geheizt: <input type="checkbox"/> Öl; <input type="checkbox"/> Gas; <input type="checkbox"/> Strom; <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ 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 Institution an, durch deren Tätigkeit die Kosten entstehen, deren Übernahme Sie hiermit beantragen	
Bei Unterbringung in einer Einrichtung:	Tag des Beginns der Hilfe durch den og. Leistungserbringer (Datum): _____ Sie bewohnen in der Einrichtung ein: <input type="checkbox"/> <b>Einzelzimmer;</b> <input type="checkbox"/> <b>Doppel- od. Mehrbettzimmer</b>

**17. Angabe Ihrer Bankverbindung**

<b>Bank/Sparkasse:</b>	<b>Name und Adresse des Kontoinhabers:</b>
<b>IBAN:</b>	<b>BIC:</b>

## Antrag auf Sozialhilfeleistungen für:

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
(Name und Geburtsdatum 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. Behörden, Rententräger, Stellen für beamtenrechtliche Bezüge und Versorgungsleistungen sowie Schwerbehindertenangelegenheiten, Kranken- und Pflegekasse, Versicherungen, Arbeitgeber etc.), 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 nachfragende Person 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 ein, sobald die Voraussetzungen für eine Hilfestellung vorliegen, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, zu dem dem Sozialhilfeträger Ihre Hilfebedürftigkeit bekannt wird (§ 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 im zumutbaren Rahmen zur Deckung der anfallenden Kosten einzusetzen (§ 19 SGB XII); ausgenommen vom Einkommenseinsatz sind nur solche Einkünfte, die ausdrücklich anrechenfrei sind; die jeweils gültigen Vermögensfreibeträge ergeben sich aus § 1 der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des 12. Buches Sozialgesetzbuch. 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/oder Vermögen an andere Personen übertragen oder verschenkt werden.**

Bei einer auf Dauer angelegten Unterbringung in einem Pflegeheim werden Sozialhilfeleistungen nur dann gewährt, wenn Sie heimbetreuungsbedürftig sind. **Klären Sie diese Frage unbedingt vor der Aufnahme in ein Pflegeheim!** Das Vorliegen einer Heimbetreuungsbedürftigkeit muss in Zweifelsfällen durch Vorlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) oder meiner Pflegefachkraft bestätigt bzw. festgestellt werden. 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 dem 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 sowie Betreuern oder bevollmächtigten Personen. Der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht ausdrücklich zu.

### 21. Hinweis auf die Europäische Datenschutzgrundverordnung

Zum 25.05.2018 ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wirksam geworden, die für alle kommunalen Aufgabenträger verbindlich ist. Mit dem anliegenden Merkblatt zur EU-DSGVO komme ich meiner Informationspflicht zur Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten nach.

### 22. 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/in; Bevollmächtigte/r

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

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



\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ; Ort)

Leistungsberechtigte Person: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

## Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich den Empfang des Informationsblattes zur Nutzung meiner personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)



Anlage 1

**Informationen zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten  
nach Art. 13, 14 DSGVO**

- **Verantwortlich für die Datenerhebung ist:**

Kreis Minden-Lübbecke – Die Landrätin –, Portastraße 13, 32423 Minden

- **Zweck der Datenverarbeitung**

Gewährung von Leistungen nach dem 3. – 9. Kapitel Sozialgesetzbuch Teil XII

- **Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Sozialgesetzbücher I bis XII,

insbesondere:

§§ 60 – 65 SGB I

§§ 20 – 25 SGB X

§§ 67 – 96 SGB X

Art. 6 Abs.1 DSGVO

- **Kategorien der verarbeiteten Daten**

Es werden die zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB XII notwendigen personenbezogenen Daten verarbeitet. Das sind beispielsweise Datenkategorien wie Stammdaten (Name, Adresse, etc.) und Daten über die finanzielle Situation (Wohnkosten, Einkünfte oder Vermögen).

- **Datenquelle**

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe erhoben

- bei der betroffenen Person
- im Rahmen eines nach § 79 SGB X zulässigen autorisierten Abrufverfahrens bei der Deutschen Rentenversicherung als zentrale Stelle für die in § 35 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) genannten Stellen.
- bei den in den §§ 117 ff SGB XII genannten Stellen, insbesondere bei anderen Behörden und anderen Sozialleistungsträgern sowie bei Unterhaltspflichtigen

Hinweis:

Sofern die notwendigen Daten nicht vollumfänglich bereit gestellt werden, kann beispielsweise eine Leistungserbringung nach dem SGB XII abgelehnt, versagt oder entzogen werden.

- **Empfänger der Daten**

- Kreis Minden-Lübbecke als örtlicher Träger der Sozialhilfe
- vom Antragsteller / von der Antragstellerin bevollmächtigte Personen
- Sozialgerichte im sozialgerichtlichen Verfahren
- in § 35 SGB I genannte Stellen sowie gleichgestellte Stellen im Sinne des § 69 Abs. 2 SGB X
- sonstige Stellen, an die eine Übermittlung von Daten zulässig ist
- berechnete Dritte

- **Dauer der Datenspeicherung**

Für Sozialleistungsakten gilt i. d. R. eine 10jährige Aufbewahrungsfrist nach Beendigung des Leistungsfalls. Sofern Ansprüche auf Erstattungen aus der Leistungsgewährung geltend gemacht werden, kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen bis zu 30 Jahren aufbewahrt werden müssen.

- **Ihre Rechte:**

- **Auskunft** über die erhobenen Daten
- **Berichtigung** unrichtiger oder unrichtig gewordener Daten
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so kann die **Löschung** oder **Einschränkung der Verarbeitung** verlangt werden sowie **Widerspruch gegen die Verarbeitung** eingelegt werden.
- Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage einer Einwilligung erfolgt, ist ein jederzeitiger **Widerruf der Einwilligung** mit Wirkung für die Zukunft möglich.
- **Beschwerdemöglichkeit** bei der Aufsichtsbehörde:  
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (LDI NRW)  
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel. 0211/38424-0, Fax: -10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de); Internet: [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)

- **Kontakt Daten behördliche Datenschutzbeauftragte**

Kreis Minden-Lübbecke – Datenschutzbeauftragte –, Portastraße 13, 32423 Minden  
E-Mail: [datenschutz@minden-luebbecke.de](mailto:datenschutz@minden-luebbecke.de); Tel.-Nr.: 0571/807-22140; Fax-Nr.: 0571/807-32140