

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

für stationäre Pflege stationäre Eingliederungshilfe
 ambulante Pflege ambulante Eingliederungshilfe

Magistrat der Stadt Bremerhaven
 Sozialamt
 Hinrich-Schmalfeldt-Straße
 27576 Bremerhaven



Stadthaus 4, EG und 1. Etage

Öffnungszeiten:
 montags: 9 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr
 mittwochs und freitags: 9 - 12 Uhr

sowie nach telefonischer Vereinbarung

Persönliche Verhältnisse Antragsteller /in und Ehegatten /Ehegattin

| | | Hilfesuchende(r) | Ehegatte/ Lebenspartner(in) | Vater /Mutter |
|------|---|---|---|---|
| 1. | Name: | | | |
| 2. | Vorname: | | | |
| 3. | Geburtsname(n): | | | |
| 4. | Geburtsdatum: | | | |
| 5. | Geburtsort (Kreis/Land): | | | |
| 6. | Familienstand: | | | |
| 7. | Staatsangehörigkeit: | | | |
| | ausgewiesen durch: | <input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass | <input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass | <input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass |
| | Ausweisnummer: | | | |
| 8. | Anschrift | | | |
| | Telefon-Nummer: | | | |
| 9. | Schulabschluss: | | | |
| 10. | Berufsausbildung: | | | |
| 11. | letzte berufliche Tätigkeit: | | | |
| 12. | Arbeitgeber: (Name, Anschrift) | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 13. | ausgeübte Tätigkeit: | | | |
| 14.0 | Aufenthalt in den letzten 2 Jahren: (auch in Heimen, Krankenhäusern usw.) | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



| 14.1 Status bei Ausländern | | | | |
|---|---|-----------------------|--------|---|
| | Hilfesuchende(r) | Ehegatte /Vater | Mutter | |
| Asylbewerber /in: | | | | |
| Asylberechtigte(r): | | | | |
| Kontingentflüchtling: | | | | |
| De-facto- Flüchtling: | | | | |
| Sonstiger §23SGBXII: | | | | |
| Duldung: | | | | |
| Aufenthaltsgestattung: | | | | |
| Aufenthaltsbefugnis: (Ausländergesetz) | | | | |
| Aufenthaltsurlaubnis erteilt bis: | | | | |
| Niederlassungserlaubnis: | | | | |
| Bemerkungen: | | | | |
| 15. Gesetzlich bestellter Betreuer des /der Hilfesuchenden | | | | |
| Wirkungskreis | | | | |
| Name, Vorname: | | | | |
| Bestellung durch das Vormundschaftsgericht: | | | | |
| in: | | Geschäftszeichen: | | |
| 16. Bei getrennt lebenden Ehegatten | | getrennt lebend seit: | | |
| 17. Bei geschiedener Ehe | | geschieden seit: | | |
| Gericht: | | Urteil vom: | | |
| Unterhaltsregelung: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Unterhaltsurteil /Vereinbarung vom: | | Geschäftszeichen: | | |
| 18. Bei verwitweten Personen | | verwitwet seit: | | |
| Name: | | Geburtsdatum: | | |
| Beruf: | | | | |
| 19.1 Angehörige – Eltern, Kinder und Geschwister – die mit dem /der Hilfesuchenden in Hausgemeinschaft leben – soweit nicht erfasst, sowie sonstige Personen (z.B. Lebenspartner /in) | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Name, Vorname (Geburtsname): | | | | |
| Geburtsdatum: | | | | |
| Verwandschaftsverh. zu Antragsteller /in: | | | | |
| Geburtsort: | | | | |
| Beruf /Beschäftigung: | | | | |
| Anschrift: | | | | |
| Nettoeinkommen: | | | | |
| zu versorgende Fam.-Angehörige: | | | | |



19.2 Unterhaltspflichtige Angehörige – soweit noch nicht erfasst

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| Name, Vorname (Geburtsname): | | | | |
| Geburtsdatum: | | | | |
| Verwandschaftsverh. zu Antragsteller /in: | | | | |
| Geburtsort: | | | | |
| Beruf /Beschäftigung: | | | | |
| Anschrift: | | | | |
| Nettoeinkommen: | | | | |
| zu versorgende Fam.-Angehörige: | | | | |

19.3 Zusätzliche Angaben bei nichtehelichen Kindern

| | |
|--|--|
| Name des Vaters: | |
| Beruf: | |
| Geburtsdatum /Geburtsort: | |
| Vaterschaft anerkannt /festgestellt vor /durch (Gericht, Amt für Jugend und Familie, Notar): | |
| Amtsvormund /-beistand /-pfleger /in: | |
| Aktenzeichen: | |
| Unterhaltshöhe: | |
| Freiwillige Zahlungen? | |
| Zwangsmaßnahmen? | |

19.4 Sind Kinder /Ehegatten /Eltern durch Kriegseinwirkung verstorben? ja nein

20. Schwerbehinderung

| | | | |
|-------------------------|---|--------------------------------------|---------------------|
| Art der Behinderung: | | | |
| Ausweis: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Grad der Erwerbs- minderung in %: | Ausweis gültig bis: |

21. Kranken - /Pflegeversicherung Hilfesuchende(r)

Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied Rentenbewerber/in Rentner/in Familienversicherung

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Name und Anschrift der Kranken- Pflegekasse: | | | |
| Mitglieds- Nummer: | | Beitragshöhe monatlich in €: | |
| Pflegeeinstufung bereits vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | welche Pflegestufe: | |

21.1 Bei Bedarf – weitere Angaben

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Einkommensverhältnisse

22. Renten, Versorgungsbezüge, Pensionen, Kindergeld, Ausbildungszulage, Wohngeld, ALG II, Grundsicherungsleistungen, Lastenzuschuss, freiwillige Zuwendungen, Bezüge nach dem LAG usw.
(dazu zählen auch Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen usw.)

| | Berechtigte(r/D) | zahlende Stelle (Abk.) | Renten/Aktenzeiche} | Betrag in € |
|--|------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Witwen- /Witwerrente: | | | | |
| Altersruhegeld: | | | | |
| EU- oder BU-Rente: | | | | |
| Betriebsrente: | | | | |
| Versorgungsbezüge: | | | | |
| Pensionen: | | | | |
| sonstige Rente: | | | | |
| Arbeitsverdienst : (netto) | | | | |
| Kranken- / Übergangsgeld: | | | | |
| ALG I /ALG II: | | | | |
| Unterhaltsleistungen / Unterhaltsvorschuss: | | | | |
| Kindergeld: | | | | |
| Wohngeld / Lastenzuschuss: | | | | |
| Grundsicherung: | | | | |
| freiwillige Zuwendungen: | | | | |
| sonstige Einkommen*): | | | | |

*) Hinweis: hierzu zählen Zinserträge, Einkünfte aus Vermietung(en), Verpachtung(en) usw.

Schweben Rentenverfahren, Unterhaltsklagen, ist aus sonstigen Gründen Einkommen zu erwarten? ja nein

| | |
|------|--|
| Art: | |
| | |
| | |

23.1 Versicherungs- und sonstige Ansprüche – hier Versicherungsnehmer /in

| Art: | Versicherungsträger | monatlicher Betrag in € | Versicherungssumme / Rückkaufwert in € |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|--|
| a) Versorgungsansprüche: | | | |
| b) Sterbegeld | | | |
| c) Lebensversicherung | | | |
| d) Bestattungsvorsorge | | | |
| e) sonstiges | | | |

23.2 Versicherungs- und sonstige Ansprüche – hier Versicherungsberechtigte(r) für Versicherung

| Art: | Versicherungsträger | monatlicher Betrag in € | Versicherungssumme / Rückkaufwert in € |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|--|
| a) Versorgungsansprüche | | | |
| b) Sterbegeld | | | |
| c) Lebensversicherung | | | |
| d) Bestattungsvorsorge | | | |
| e) sonstiges | | | |



Vermögensverhältnisse

| 24. | Bank /Sparkasse | Kontonummer | Kontostand am: (Datum) | Summe in € |
|-----------------------------|-----------------|-------------|---------------------------|------------|
| Barvermögen: | | | | |
| Girokonto: | | | | |
| Girokonto: | | | | |
| Sparkonto: | | | | |
| Sparkonto: | | | | |
| sonstige Vermögenswerte: *) | | | | |

*) Hinweis: hierzu zählen Zinserträge, Einkünfte aus Vermietung(en) /Verpachtung(en) usw.

| | | | |
|----------|---|----------------------------|--|
| PKW: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Polizeiliches Kennzeichen: | |
| Baujahr: | | Typ: | |

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| 25. | War bzw. ist Haus- und Grundbesitz vorhanden gewesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| | vorhandener Grundbesitz: | in den letzten 10 Jahren verkaufter / verschenkter Grundbesitz: |
| Lage: | | |
| Art /Nutzung: | | |
| Größe: | | |
| Wert: | | |
| Grundbucheintrag, ggf. Datum: | | |
| Eigentümerwechsel: | | |

Bestehen Pflichtanteilsansprüche gegenüber den Eltern? ja nein

Verpflichtungen

| | | | | | | | |
|--|---|-------------------|----------------------|--------|----------|------|--|
| 26. | Angaben zur Mietwohnung | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | Nr.: | |
| Größe (in qm): | Anzahl Zimmer: | | qm: | | Baujahr: | | |
| Vermieter Name: | | | | | | | |
| Vermieter Anschrift: | | | | | | | |
| untervermietet: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Name Untermieter: | | | | | |
| Miete: | Grundmiete in €: | | Nebenkosten in €: | | | | |
| | Wasser /Kanal in €: | | Heizungskosten in €: | | | | |
| Energieträger: | <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fern- /Sammelheizung <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | | | | |
| Versicherungen: | Haftpflichtvers. in € | | Hausratvers. in € | | | | |
| geleistete Mietanteile /Bauanteile / Mietsicherheit: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | in €: | | Datum: | | | |

| | | |
|--|---|-------------|
| 27. | Angaben Eigentum (Wohnung /Haus) | Summe in €: |
| Belastungen, Zinsen usw. insgesamt (die Aufstellung bitte diesem Antrag beifügen): | | |

| | |
|---|---|
| 28. | sonstige Zahlungsverpflichtungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Kredite /sonstige Schulden: | |
| <input type="checkbox"/> Energie (Elektro, Gas), Wasser /Kanal: | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Versicherungen: | |



Erklärung

zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – (SGB XII) und dem Sozialgesetzbuch (SGB)Neuntes Buch (IX)

Die von mir oder meinem Bevollmächtigten im Antrag auf Sozialhilfe gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Ich habe vor allem keine Einkünfte und Ansprüche gegen Dritte verschwiegen. Mir ist bekannt, dass diese Angaben Grundlage für die Entscheidung über meinen Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe sind.

Ich weiß, dass Sozialhilfe nur dann gewährt wird, wenn keine Selbsthilfe möglich ist, z.B. durch eigene Arbeit oder durch Einsatz meines Einkommens oder Vermögens.

Ich wurde davon unterrichtet, dass bei Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auch das übersteigende Einkommen und Vermögen meines nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners zu berücksichtigen ist und dass Hilfen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel dieses Buches nur geleistet werden, wenn den vorgenannten Personen und bei minderjährigen und unverheirateten Leistungsberechtigten auch den Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus ihrem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist.

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich jede Veränderung in meinen Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen unverzüglich gemäß § 60 des Sozialgesetzbuches I dem Sozialamt Bremerhaven unaufgefordert mitzuteilen habe und zur Mitwirkung bei der Feststellung des Bedarfes verpflichtet bin. Ich bin ferner darauf hingewiesen worden, dass das Sozialamt Bremerhaven bei fehlender Mitwirkung ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nach dem SGB XII und SGB IX nicht nachgewiesen sind.

Mir ist bekannt, dass ich auf unrichtigen oder unterlassenen Angaben beruhende Sozialleistungen zurückzahlen muss und dass ich wegen unberechtigten Bezugs derartiger Leistungen strafrechtlich belangt werden kann.

Des weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass nach § 118 Sozialgesetzbuch XII zur Aufdeckung von Missbrauch bei Sozialleistungen bestimmte personenbezogene Daten an eine zentrale Stelle gemeldet werden. Dort findet ein Abgleich mit Daten der Arbeitsverwaltung, Rentenversicherungsträgern, anderen Sozialämtern sowie der Kfz-Zulassungsstelle statt. Ferner wird geprüft, ob eine Beschäftigung gemeldet ist.

- ja nein Das Sozialamt Bremerhaven stellt für mich einen Antrag auf Wohngeld bei der zuständigen Wohngeldstelle. Der hierfür erforderlichen Weitergabe meiner /unserer persönlichen Daten sowie der für den Antrag benötigten Nachweise stimme ich zu.
- ja nein Der Barbetrag zur persönlichen Verfügung (Taschengeld) soll an mich über den Heimträger überwiesen werden.
- ja nein Der Barbetrag / das Wohngeld soll auf das im Antrag benannte Konto überwiesen werden.
- ja nein Ich bitte das Sozialamt der Stadt Bremerhaven, den Zuschuss zu den Kosten des Heimentgeltes direkt mit dem Pflegeheim abzurechnen.
- ja nein Ich berechtige das Sozialamt Bremerhaven, der Einrichtung die bewilligten Leistungen zur Kenntnis zu geben.
- ja nein Ich bitte das Sozialamt der Stadt Bremerhaven, die Pflegekosten direkt mit dem Pflegedienst/ Pflegeverband abzurechnen. Der hierfür erforderlichen Weitergabe meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- ja nein Ich berechtige das Sozialamt Bremerhaven, dem Pflegedienst/Pflegeverband die bewilligten Leistungskomplexe zur Kenntnis zu geben.

Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich heute erhalten.

Bremerhaven,

.....
Unterschrift Antragsteller /in
bzw. Bevollmächtigte(r) /Betreuer /in

