

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG VON HILFE

für:

- gewünschte Hilfe: Hilfe zum Lebensunterhalt Hilfe in anderen Lebenslagen
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten Hilfe zur Gesundheit

Begründung:

.....

.....

.....

.....

Hinweis:

Ohne die in diesem Antragsformular geforderten Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Die Pflicht zur Angabe ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch XII. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 9 Bundesdatenschutzgesetz, § 78 a ff. SGB X).

I. Persönliche Verhältnisse	Weitere Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft			
	des Hilfesuchenden (HS)	des Ehegatten oder 2. Person	3. Person	4. Person
Name				
auch Geb.-Name und frühere Namen				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staat				
Straße, Nr.				
PLZ				
Telefon				
Familienstand (Zutreffendes ankreuzen)	led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.lb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> seit	led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.lb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> seit	led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.lb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> seit	led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr.lb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> seit
Verwandtschaftsverhältnis zum HS	_____			
Staatsangehörigkeit				
deutsche	<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
Aussiedler	<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
<input type="checkbox"/> EU-Ausländer	Staat:	Staat:	Staat:	Staat:
<input type="checkbox"/> Asylberechtigter	Staat:	Staat:	Staat:	Staat:
<input type="checkbox"/> Bürgerkriegsflüchtling	Staat:	Staat:	Staat:	Staat:
<input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	Staat:	Staat:	Staat:	Staat:
zuletzt krankenvers. bei Art d. Krankenvers.				
Krankenversicherungsnummer				
Rentenversicherungsnummer				

II. Unterhaltspflichtige Personen gegenüber den Antragstellern; soweit nicht bereits oben angegeben.
(z.B. der getrennt lebende oder geschiedene Ehegatte, eheliche, nichteheliche, als ehelich erklärte, adoptierte Kinder, die Eltern)

Nr.	Name Vorname	Geb.-Datum	Fam.- Stand	Beruf/Einkommen	Verwandschafts- verhältnis	Straße Nr. Wohnort mit Postleitzahl
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

III. Sonstige Angaben für den / die Hilfesuchende(n)

1) **Betreuer** bestellt nein ja durch Amtsgericht..... AZ:.....
dessen Name, Vorname, Straße, Wohnort:.....
Wirkungskreis der Betreuung (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen):.....

2) **Unterhaltsbeistandschaft** nein ja für bei

3) **Rechtsanwalt** nein ja
Unterhaltstitel vorhanden? nein ja für i.H.v. mtl. €
Bestehen Ansprüche auf Zugewinnausgleich? nein ja

4) **Frühere Ehegatten**, auch bereits verstorbene, soweit nicht unter II. angegeben (Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag)
.....

5) **Beihilfeanspruch** des / der Hilfesuchenden, seines Ehegatten oder seiner Eltern
(aus Beschäftigung im öffentl. o. ä. Dienst durch vertragl. Vereinbarung usw.) nein ja
Beihilfeberechtigter:..... Beihilfestelle:.....

6) **Feststellung einer Behinderung?** nein ja
Grad der Behinderung Merkzeichen: erstmalige Feststellung am:

7) Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe / Kriegsopferfürsorge bezogen nein ja
vom bis Behörde Hilfeart

8) Aufenthalt in den letzten 6 Monaten
vom bis in außerhalb in einer Einrichtung
vom bis in
vom bis in

Bei Übertritt aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübertritts allein m.
Angehörigen

9) Der derzeitige Aufenthalt ist dauernd besuchsweise bis:

10) **Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung** (falls keine, letztes Arbeitsverhältnis angeben)

Name des Beschäftigten	von	bis	bei Firma	PLZ, Ort

11) Bestehen evtl. andere noch nicht geklärte Ansprüche?
 keine
 Unfall Krankheit Arbeitsverhältnis Körperverletzung Sonstiges

IV. Wohnverhältnisse

1)	Die / Der Hilfesuchende ist	Mieter <input type="checkbox"/>	Untermieter <input type="checkbox"/>	ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/>			
	in mietfreier Unterkunft Freies Wohnrecht	bei					
	Eigentümer eines	Einfamilienhauses <input type="checkbox"/>	Eigentumswohnung <input type="checkbox"/>	Zwei- oder Mehrfamilienhauses <input type="checkbox"/>			
2)	Höhe der monatlichen Belastung	Miete Grundmiete €	Nebenkosten Wasser, Kanal, Müllabfuhr etc. €				
		Heiz- und Warmwasserkosten €	Warmwasserbereitung mit: Kochen mit:				
		Miete im Antragsmonat bezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
	Die Wohnung wird beheizt mit	Zentralheizung <input type="checkbox"/>	Gas <input type="checkbox"/>	Nachtstrom <input type="checkbox"/>	Holz/Kohle <input type="checkbox"/>	Öl <input type="checkbox"/>	Sonstigem <input type="checkbox"/>
	Größe der Wohnung	m ²					
	davon untervermietet	Anzahl der Räume	<input type="checkbox"/> unmöbliert	<input type="checkbox"/> teil-/vollmöbliert	Untermiete mtl. €		
3)	Wird Wohngeld bezogen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Mietzuschuss <input type="checkbox"/>	Lastenzuschuss <input type="checkbox"/>	mtl. € bewilligt bis	
	Wurde Wohngeld beantragt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	am			
4)	Leben Sie in einer stationären Einrichtung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>				
	Leben Sie in einer betreuten Wohngemeinschaft	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>				
	Erhalten Sie Leistungen für betreutes Einzelwohnen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>				
	Erhalten Sie sonstige Leistungen des örtl. Sozialhilfeträgers	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>				

V. Einkommensverhältnisse des Hilfesuchenden und der weiteren Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft (Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Einkünfte sind beizufügen)

Art des Einkommens	HS				
ALG I					
ALG II					
Krankengeld					
Unterhaltszahlung					
UVG					
Kindergeld					
Erwerbseinkommen					
Altersrente					
EU-Rente					
Witwenrente					
Waisenrente					
Unfallrente					

VII. Vermögensverhältnisse in Geld

Guthaben Girokonto	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Sparbuch	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Festgeldkonto	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Tagesgeldkonto	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Aktien/Wertpapiere	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Lebensversicherung	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Sterbeversicherung	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Vermögenswirksame Leistungen	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Sonstige Kapitalversicherung	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Bausparvertrag	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
Ansprüche aus Erbschaft	<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 <input type="checkbox"/> ja	€
sonstiges	<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 <input type="checkbox"/> ja	€

VIII. Versicherungen		des / der Hilfesuchenden	der weiteren Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft	
			Name	Name
1)	Haftpflichtversicherung	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.
	Hausratversicherung	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.
	Sonstige Versicherungen	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.
		Beitrag mtl.	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.
		Beitrag mtl.	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.
		Beitrag mtl.	Beitrag mtl.	Beitrag mtl.

VIII. Haus- und Grundvermögen		des / der Hilfesuchenden	der weiteren Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft	
			Name	Name
1)	Haus / ETW / Grundstück	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	a) Eigentumsanteil	%	%	%
	b) Grundstücksgröße	m ²	m ²	m ²
	c) Zahl der Wohnungen			
	d) Einheitswert / Verkehrswert			
	e) Ort, Straße			

IX. Sonstige Vermögenswerte		Name		Name	
1)	Vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung, Pflege (Vertragsabschrift anbei)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	2)	Sonstige Werte z.B. wertvolle Sammlungen, Erbsprüche, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen, Schadenersatz usw.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bezeichnung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3)	Kfz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hersteller / Typ:	Kennzeichen:	
		Baujahr:	Aktueller KM-Stand:	geschätzter Wert:	
		Ich bin <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Eigentümer des Fahrzeuges			

X. Vermögensabgabe	
Wurden Vermögenswerte (z.B. Haus, Grundstück, Bar- oder Spargeld, Wertpapiere) veräußert, übergeben, verschenkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Übergabe-, Überlassungs- oder Kaufverträge usw. beifügen)	
Art, Höhe, Anlass, Zeitpunkt, Empfänger:	

Geldleistungen können überwiesen werden auf	IBAN	BIC
Name der Bank		
Kontoinhaber ist:		

Kenntnis der Notlage am

Regensburg, den

.....
(Unterschrift Hilfeempfänger)

.....
(Unterschrift Ehegatte/Partner)

.....
(Unterschrift Sachbearbeiter)

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass die im Sozialhilfeantrag gemachten Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet werden bzw. übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld I und II, Krankengeld, Rente, Kindergeld) geltend gemacht werden können.

Mir ist bekannt, dass die Meldung der Arbeitsaufnahme bei einer anderen Stelle (Agentur für Arbeit, Wohngeldstelle usw.) nicht die Meldung beim Amt für Soziales ersetzt.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich dem Amt für Soziales unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen habe:

- jede Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse
- jede Änderung der Familienverhältnisse (Heirat, Trennung, Scheidung usw.) oder Aufnahme von Untermietern bzw. Bekannten in der Wohnung
- die Aufnahme jeder Arbeit; auch Gelegenheitsarbeit ist vor Aufnahme der Arbeit vom Hilfeempfänger sofort dem Amt für Soziales anzuzeigen.

Dem Amt für Soziales sind auch anzuzeigen:

- Krankenhausaufenthalte, die über den Eintrittsmonat hinausgehen (auch von Haushaltsangehörigen),
- die Bewilligung einer Rente oder von Wohngeld, Erbschaft, Schenkung, unentgeltliche Gewährung von Unterkunft oder Verpflegung durch einen anderen, Unterhaltszahlungen,
- vorübergehende Abwesenheit (einmal jährlich von vier und mehr Wochen) vom Wohnort (Bsp.: Urlaub, Besuch von Angehörigen),
- ein Wohnungswechsel.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Sachleistungen (das sind Bekleidung, Möbel, Wohnungsrenovierung usw.) vorher beim Amt für Soziales zu beantragen sind. Das Amt für Soziales übernimmt keine Kosten für Sachleistungen, die ohne vorherige Genehmigung gekauft wurden.

Ich willige ein, dass personenbezogene Daten, sowie Angaben zur Art und Höhe der Sozialleistungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, wenn diese dort zur Aufgabenerfüllung benötigt werden.

Weiterhin willige ich ein, dass das Amt für Soziales befugt ist, Unterlagen, die sich auf meinen Gesundheitszustand beziehen, von den jeweiligen Stellen anzufordern.

Ich bestätige außerdem, dass ich über die für mich und meine Haushaltsangehörigen relevante Vermögensfreigrenze informiert wurde (derzeit 5.000,00 €), mein Vermögen, sowie das meiner Haushaltsangehörigen diese Vermögensfreigrenze derzeit nicht übersteigt und ich jede Veränderung in meinen/unseren Vermögensverhältnissen unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Soziales mitzuteilen habe.

Regensburg, den

Unterschrift des Hilfesuchenden
oder seines gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Ehegatten
oder Lebenspartners

Unterschrift des Aufnehmenden

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung der im Antragsformular von Ihnen gemachten Daten ist die Stadt Regensburg, Postfach 110643, 93019 Regensburg, Email: stadt_regensburg@regensburg.de, Telefon: (0941) 507-0. Die Daten werden erhoben, um Ihren Antrag zu prüfen. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter <https://www.regensburg.de/datenschutz/datenschutzrechtliche-hinweise> abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter oder von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter: Behördlicher Datenschutzbeauftragter der Stadt Regensburg, Postfach 110643, 93019 Regensburg, Email: datenschutz@regensburg.de, Telefon: (0941) 507-2114 erreichen können.

Regensburg, den

Unterschrift des Hilfesuchenden
oder seines gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Ehegatten
oder Lebenspartners