

**Antrag auf existenzsichernde Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch –  
 Zwölftes Buch – (SGB XII) (§§ 27 ff. / 41 ff. SGB XII) sowie auf Leistungen der  
 Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)  
 (§§ 90 ff. SGB IX)**

Hinweis:

Eine sachgerechte Entscheidung über Ihren Antrag auf Sozialhilfeleistungen nach den SGB IX, SGB XII kann nur erfolgen, sofern Sie uns die erforderlichen Unterlagen und Informationen übermitteln. Wir bitten Sie daher, den Vordruck sorgfältig auszufüllen.

Beachten Sie bitte die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Vordruck auf Seite 3 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der leistungsbeziehenden Person bzw. ihres gesetzlichen Betreuers zu bestätigen.

Die Datenerhebung erfolgt gemäß § 67a Abs. 2 S. 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Abs. 1 SGB X und unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).<sup>1</sup>

Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	<b>Antragstellende Person 1</b>	<b>Antragstellende Person 2:</b> <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnl. Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum Geburtsort		
Telefonnummer <sup>(*)</sup>		
E-Mail Adresse <sup>(*)</sup>		
Familienstand	seit:	seit:
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (Nachweis in Kopie beifügen)		
<b>Betreuer(in):</b> Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort  Telefonnummer  Faxnummer  E-Mail Adresse  (Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)		



Dauerhafte volle Erwerbsminderung		<input type="checkbox"/> ja (Nachweis beigelegt) <input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung der vollen Erwerbsminderung wurde gestellt.
		<input type="checkbox"/> Besucher WfbM/TaFö <input type="checkbox"/> Rente wegen dauerhafter voller Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> auf Zeit <input type="checkbox"/> unbegrenzt
<b>Einkommen und Vermögen</b>		
<b>Einkommensverhältnisse</b>		
z. B.: Lohn, Gehalt, Werkstatteinkommen, Rente, Pensionen, Kindergeld, Grundsicherung nach dem SGB II, Wohngeld, Krankengeld, Miet- und Pachteinnahmen, Unterhalt, Zinserträge etc.		
Einkommensart	monatlicher Betrag	
<b>Unterhaltspflichtige Angehörige</b> (Kinder, Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern, getrennt lebende/r Ehegatte/in, geschiedene/r Ehegatte/in)		
<b>Name/Geburtsname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf:	selbstständig/nicht selbstständig:	Jahresbruttoeinkommen über 100.000€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Name/Geburtsname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf	selbstständig/nicht selbstständig	Jahresbruttoeinkommen über 100.000€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Name/Geburtsname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf:	selbstständig/nicht selbstständig:	Jahresbruttoeinkommen über 100.000€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



<b>Vertragliche Rechte</b> (Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor wie bspw. Vertrag, Urteil etc.)			
Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leibrente oder sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigter:		
	Seit wann:	aktuelle Höhe:	EUR
Verzicht auf vertragliche Rechte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, bitte Erläuterung:		
<b>Ansprüche aus sonstigen Forderungen und Rechten</b>			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Wenn ja</b> , bitte angeben, um welche Art von Forderung es sich handelt und in welcher Höhe diese gegenüber wem besteht (z. B. Geldforderung gegenüber Dritten, Erbanspruch, Pflichtteilsanspruch):			
<b>Kosten der Unterkunft und Heizung / Mietkosten</b> Bitte Mietvertrag, Heizkostennachweise beifügen!			
Träger / Vermieter der Räumlichkeiten			
Zahl der Personen, die Ihre persönlichen Räume nutzen	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> zu zweit	<input type="checkbox"/> _____
Beinhalten die Heizkosten auch die Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja, zentrale Warmwasserbereitung		<input type="checkbox"/> nein, separate Vorrichtung (Boiler, Durchlauferhitzer) vorhanden
Gesamtkosten der Unterkunft	<b>EUR</b>		
Kaltmiete	<b>EUR</b>		
Nebenkosten	<b>EUR</b>		
Heizkosten	<b>EUR</b>		
<b>Eigentum an Kraftfahrzeugen</b>			
Sind Sie Eigentümer/in eines Kraftfahrzeuges?			
<input type="checkbox"/> nein			
Wenn <b>ja</b> , bitte folgende Angaben ergänzen:			
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad/Mofa <input type="checkbox"/> sonstiges Fahrzeug:			
Hersteller:		Modell:	
Erstzulassung:		Kilometerstand:	
Bitte Fahrzeugschein, Zulassungsbescheinigung und Kaufvertrag beifügen!			

**Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:**

Bitte geben Sie hier die Bankverbindung für die monatliche Leistung zum Lebensunterhalt an

Name und Sitz des Geldinstituts: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_ (20 Stellen)

BIC: \_\_\_\_\_ (11 Stellen)

Name, Vorname des Kontoinhabers:

**Direktzahlung der Kosten der Unterkunft an Dritte**

Hiermit beantrage ich Direktzahlung an die folgende besondere Wohnform/den folgenden Vermieter:

Name der besonderen Wohnform/des Vermieters:

\_\_\_\_\_

Name und Sitz des Geldinstituts: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_ (20 Stellen)

BIC: \_\_\_\_\_ (11 Stellen)

**Antragsbegründung** (ist nur auszufüllen, wenn Sie Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung beantragen wollen!)

## **Erklärung:**

**Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.**

**Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich nach den §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet bin und alle Tatsachen und Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen habe.**

Dies gilt insbesondere für Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse oder im Zusammenhang mit der Hilfe abgegebenen Erklärungen.

**Nach § 66 SGB I kann eine beantragte Leistung abgelehnt werden bzw. eine bereits bewilligte Leistung eingestellt werden, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme.**

Wenn ich bei Antragstellung **falsche Angaben** gemacht habe oder später eingetretene Veränderungen nicht unverzüglich mitteilen werde und dadurch der Träger der Eingliederungshilfe zu Unrecht Aufwendungen getragen hat, wird die Rückforderung der zu viel gezahlten Sozialhilfe vorbehalten.

**Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden.**

**Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der örtlich zuständige Träger der Grundsicherung sich notwendige Informationen und Unterlagen bei anderen Behörden, Institutionen, Einrichtungen, etc. beschaffen kann, die für die Antragsbearbeitung notwendig sind.**

<sup>1</sup>Allgemeine Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage des Kreises Altenkirchen ([www.kreis-altenkirchen.de](http://www.kreis-altenkirchen.de)) unter: Datenschutz (unten beim Impressum) → Datenschutzerklärungen der Fachbereiche → Sozialhilfe, Eingliederungshilfe. Dort finden Sie entsprechend auch eine Datenschutzerklärung in einfacher Sprache (Datenschutzerklärung Sozialhilfe, Eingliederungshilfe (einfache Fassung)). Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin übersenden wir Ihnen die Datenschutzerklärung auch in ausgedruckter Form.

## **Benötigte Unterlagen bzw. Nachweise für die Übernahme der (ungedeckten) Kosten durch das Sozialamt:**

- Aktuelle Medizinische Unterlagen über die Beeinträchtigung (Diagnosen + ICD-10 Kodierung), sofern Sie gleichzeitig erstmals Eingliederungshilfe beantragen
- Schwerbehindertenausweis und/oder Bescheid hierzu
- Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad
- Vollmacht oder Betreuungsurkunde (falls vorhanden)
- Einkommensunterlagen
- Kontoauszüge der letzten 3 Monate
- aktuelle Versicherungsscheine/ -policen über Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Bausparverträge, etc.
- Sparbücher, Bargeld, sonstiges Vermögen
- notarielle Verträge (z. B. Wohnrechte, Nießbrauchrechte, Übergabeverträge)
- Steuerbescheid des Vorjahres, sofern Sie gleichzeitig erstmals Eingliederungshilfe beantragen
- Steueridentifikationsnummer, welche Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde (Bitte beachten: Hier ist nicht die Steuernummer gemeint!)  
*Sollte Ihnen Ihre Steueridentifikationsnummer nicht bekannt sein, besteht die Möglichkeit, diese bei der örtlichen Verbandsgemeindeverwaltung anzufordern.*
- nur bei Hausbesitz: Lageplan, Grundrisszeichnungen, Wohnfläche
- Mietvertrag

**Sollte eine persönliche Antragsaufnahme hier im Hause gewünscht sein, wenden Sie sich an folgende Mitarbeiter:**

***Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine vorherige Terminvereinbarung empfehlenswert ist***

**Sachgebiet existenzsichernde Leistungen:**

Gabi Krämer, Telefon: 02681/81-2426, E-Mail: [gabi.kraemer@kreis-ak.de](mailto:gabi.kraemer@kreis-ak.de)

Für den Bereich: - **Existenzsichernde Leistungen ambulant (Nachnamen: A-L) und existenzsichernde Leistungen in besonderen Wohnformen (Nachnamen: A-I)**

Nicolas Radmer, Telefon: 02681/81-2429, E-Mail: [nicolas.radmer@kreis-ak.de](mailto:nicolas.radmer@kreis-ak.de)

Für den Bereich: - **Existenzsichernde Leistungen ambulant (Nachnamen: M-Z) und existenzsichernde Leistungen in besonderen Wohnformen (Nachnamen: Q-Z)**

Jonas Möhrke, Telefon: 02681/81-2428, E-Mail: [jonas.moehrke@kreis-ak.de](mailto:jonas.moehrke@kreis-ak.de)

Für den Bereich: - **Existenzsichernde Leistungen in besonderen Wohnformen (Nachnamen: J-P)**

**Sachgebiet Eingliederungshilfe in besonderen Wohnformen:**

Stefan Stumpf, Telefon: 02681/81-2418, E-Mail: [stefan.stumpf@kreis-ak.de](mailto:stefan.stumpf@kreis-ak.de)

Leon Weber, Telefon: 02681/81-2416, E-Mail: [leon.weber@kreis-ak.de](mailto:leon.weber@kreis-ak.de)

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift(en) Antragsteller bzw. gesetzl.  
Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)