

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

zutreffendes bitte ankreuzen



Für (Name der Person die Sozialhilfe erhalten soll) _____ wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß §§ 53, 54 SGB XII <input type="checkbox"/> vollstationäre Leistungen (innerhalb von Einrichtungen) <input type="checkbox"/> ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets (z.B. zur Finanzierung ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten)	Eingangsstempel
---	------------------------

Hinweis auf datenschutzrechtliche Bestimmungen (§ 9 Bundesdatenschutzgesetz, §§ 67 a ff. Sozialgesetzbuch X); Die Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, verarbeitet und für statistische Zwecke verwendet. Es wird darauf hingewiesen, dass die Angaben zur rechtmäßigen Erfüllung der zugewiesenen Aufgaben erforderlich und Sie zur Mitteilung dieser Angaben verpflichtet sind (§ 60 Sozialgesetzbuch I).

1. Persönliche Verhältnisse:

	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/ Partner d. eheähnlichen Gemeinschaft	Vater bei ledigen Minderjährigen	Mutter bei ledigen Minderjährigen
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Telefonnummer				
E-Mail				
Geburtsort/ Kreis/ Land				
Familienstand (wenn geschieden, Name des Gerichtes, Datum und AZ des Urteils)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft
	seit:	seit:	seit:	seit:
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> geschieden
	rechtskräftig seit:	rechtskräftig seit:	rechtskräftig seit:	rechtskräftig seit:
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Bei Ausländern:	aufenthaltsrechtlicher Status (z.B. Niederlassungserlaubnis, Aufenthaltserlaubnis; Kopie des Passes mit Aufenthaltstitel beifügen)			
Ausgeübte Tätigkeit				
Erwerbseinschränkung / Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Angaben zur Schwerbehinderung	Datum	G.d.B.	Antrag gestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Kopie des Ausweises beifügen)	
	Pflegegrad		<input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein (Kopie des Bescheides und des MDK-Gutachtens beifügen)	
Rechtliche Vertretung	<input type="checkbox"/> Betreuer	Name, Anschrift, Telefon, E-Mail (Kopie der Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht ist beizufügen)		
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter			

2. Unterhaltspflichtige Personen (innerhalb und außerhalb des Haushalts)

	Vater	Mutter	Kind	Kind	Kind
Familienname (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Geburtsdatum					
PLZ, Wohnort					
Straße, Hausnummer					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis zum Leistungsberechtigten					

3. Kosten der Unterkunft

Gesamtfläche der Wohnung m ²	Kaltmiete €	Nebenkosten soweit nicht in der Miete enthalten ohne Heizkosten (z.B. Müllabfuhr, Wassergeld, Kanalgebühren, Reinigung, Schornsteinfeger) €	Gesamtmiete €
Wohngeld €	bewilligt bis/ beantragt am		Einnahmen aus Untervermietung €

4. Angaben zur Behinderung

- Körperbehinderung Geistige Behinderung Psychische/Seelische Behinderung
 Sehbehinderung Hörbehinderung
 Suchterkrankung Autismus-Spektrum-Störung
 sonstige Einschränkung: _____ Hilfsmittel: _____
- Fach-/Ärztliche Unterlagen sind beigefügt.
 Fach-/Ärztliche Unterlagen sind **nicht** beigefügt, da _____
 Fach-/Ärztliche Unterlagen liegen nicht vor.

5. Wirtschaftliche Verhältnisse des Personenkreises nach § 19 SGB XII

5.1 Einkommen (bitte Nachweise beifügen)					
	Leistungsberecht.	Ehegatte/Vater	Mutter	Kind	Kind
	€/monatlich	€/monatlich	€/monatlich	€/monatlich	€/monatlich
Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit (netto)					
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (Gewerbe, freie Berufe, etc)					
Unterhaltszahlungen <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschussleistung					
Kindergeld					
Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld (ALG I) <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II) <input type="checkbox"/> sonstige Leistung (BAB)					
Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)					
Leistung der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld					
Leistungen aus der gesetzl. Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Erwerbs- <input type="checkbox"/> landw. unfähigkeitsrente Altersruhegeld <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Witwen- / <input type="checkbox"/> Waisenrente Witwerrente					
Betriebsrenten					
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz / Opferentschädigungsgesetz <input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> sonst. Leistungen					
Lastenausgleich z. B. Pflegezulage, Unterhaltshilfe					
Pflegeleistungen					
BAföG					
Wohngeld					
Sonst. Einkommen					

5.2 Vermögen

Soweit nicht bereits in der Erklärung über Vermögen angegeben:
(z.B. Sparbücher/Girokonto, Wertpapiere, Lebensversicherung, Bausparvertrag, PKW, sonstiges Vermögen, Haus- und Grundbesitz)

6. Ansprüche des Personenkreises

	Leistungsberechtigter	Ehegatte/Vater	Mutter	Kind	Kind
6.1 Versicherungen					
Sozialversicherung Krankenversicherung Krankenkasse versichert als Versicherungs-Nr.					
Rentenversicherung Träger Versicherungs-Nr.					
Arbeitslosen- versicherung					
Priv. Versicherungen					
Ausländische Rentenversicherungen					
6.2 Unterhalt					
Unterhalt-Klage (Vertrag/Titel in Kopie beizufügen)	<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"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.3 Verträge z.B. Erbvertrag, Pflichterfüllung, Wohnrecht					
6.4 Gesundheits- schäden z.B. durch Unfall, Fremdverschulden					
6.5 Sonstige z.B. Beihilfen im öffentlichen Dienst					
6.6. nicht geklärte Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:				
sind Ansprüche noch nicht realisiert?	<input type="checkbox"/> aus Krankheit		<input type="checkbox"/> aus Sozialversicherung		<input type="checkbox"/> Lastenausgleich
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aus Unfall		<input type="checkbox"/> aus anderen Rechtsgründen		<input type="checkbox"/> i.R. OEG
Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt / Anspruch geltend gemacht?					

7. Aufenthaltsverhältnisse

Aufenthalt in den letzten 3 Monaten vor der Antragsstellung (bitte lückenlos angeben):

vom-bis	in (Straße, Orte)	Einrichtung / betreute Wohnform	Sozialhilfebezug
		<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"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenträger des letzten Heimaufenthaltes/Aufenthaltes in einer ambulant betreuten Wohnform			Entlassungstag

Bankverbindung: Bank/Sparkasse

IBAN BIC

Name des Kontoinhabers (falls Leistung nicht auf das Konto des Leistungsberechtigten überwiesen werden soll)

.....

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Leistungsberechtigten und seines Ehegatten
oder seines gesetzl. Vertreters



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Leistungsberechtigter

geboren am:

Anschrift:

Betreuer oder rechtlicher Vertreter:

Anschrift:

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Hilfen in besonderen Lebenslagen nach dem SGB XII hat sich die Kreisverwaltung Mainz-Bingen als der örtliche bzw. überörtliche Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang des Teilhabebedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Sozialhilfe gewährt wird, benötigen der Sozialhilfeträger Auskünfte über die Entwicklung des Leistungsberechtigten, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Teilhabebedarf geändert haben kann oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmeabschnitten. Auch ist zu überprüfen, ob Ziele der Eingliederungshilfe durch die bisher gewährten Unterstützungsleistungen erreicht werden können. In diesem Fall muss der Sozialhilfeträger entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob die Kreisverwaltung Mainz-Bingen nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind. So ist auch die vorrangige Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekasse nach dem SGB V und SGB XI zu klären.

Personen, die dem Sozialhilfeträger solche Auskünfte erteilen können sind Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal von Diensten und Einrichtungen, sofern es sich mit der Betreuung des Leistungsberechtigten befasst.

Der Leistungsberechtigte hat nach §§ 60 ff SGB I solche für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Sozialhilfeleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

Erklärungen des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Gutachten, Teilhabepläne und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Dienste und Einrichtung, die den Leistungsberechtigten unterstützen, in dem o.a. Sinne und Umfang für den örtlichen/überörtlichen Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesen gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte/personenbezogene Daten/Gutachten, die durch den örtlichen/überörtlichen Träger der Sozialhilfe von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- a) der Amtsärztin/dem Amtsarzt, das um Untersuchung gebeten worden ist.
- b) des medizinischen Dienstes (MDK) der Krankenkasse/Pflegekasse
- c) des sozialpsychiatrischen Dienstes der Kreisverwaltung
- d) sonstigen behandelnden (Fach-) Ärzten,

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang/Auswirkung der Behinderung. Die Kreisverwaltung ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von dem Leistungsberechtigten selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben z.B. nach dem SGB XII / AG SGB XII Rheinland- Pfalz / SGB IX / SGB X / SGB XI befugt.



Datum und Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Erklärung
zur Behandlung meiner persönlichen Daten
in der Teilhabekonferenz
des Landkreises Mainz-Bingen

Leistungsberechtigter

geboren am:

Anschrift:

Betreuer oder rechtlicher Vertreter:

Anschrift:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Antrag auf Eingliederungshilfe in der Teilhabekonferenz für den Landkreis Mainz-Bingen unter Nennung meines Namens besprochen wird. Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, sowie der notwendigen Unterlagen an die Teilnehmer der Konferenz, bin ich einverstanden. Die Datenübermittlung darf zur Vorbereitung auf die Konferenz per E-mail oder Postweg an die Mitglieder erfolgen.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte, dass mein Antrag in der Teilhabekonferenz in anonymer Form besprochen wird. Ich bin mir darüber bewusst, dass auch bei der anonymen Beratung meines Teilhabepplans nicht ausgeschlossen ist, dass die Mitglieder Rückschlüsse auf meine Person ziehen. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten ist nur an die Mitglieder der Konferenz gestattet, die an der Leistung der für meinen Bedarf notwendigen Hilfen beteiligt sind. Die Übermittlung meiner nicht personenbezogenen Daten darf zur Vorbereitung der Konferenz per E-mail oder Postweg an die Mitglieder erfolgen.
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht damit einverstanden, dass in der Teilhabekonferenz mein Name genannt oder mein Antrag in anonymer Form behandelt wird. Eine Bearbeitung meines Antrags und Beratung meines Hilfebedarfs in der Konferenz ist damit ausgeschlossen. Über den Antrag wird von den zuständigen Sozialhilfeträgern ohne Mitarbeit der Konferenz entschieden. Die Teilhabekonferenz wird anschließend nur von der Belegung eines stationären oder ambulanten Angebots ohne Nennung von Details aus meinem Hilfeplan unterrichtet.

Erläuterung:

Die Teilhabekonferenz für den Landkreis Mainz-Bingen will Menschen mit Behinderungen aus der Versorgungsregion helfen, die für ihre Situation bestmögliche Unterstützungsform zu finden und möglichst schnell Klarheit über Kosten und Finanzierung zu erhalten.

Mitglieder der Teilhabekonferenz sind der Landkreis Mainz-Bingen als örtlicher Träger der Sozialhilfe bzw. als beauftragter überörtlicher Träger der Sozialhilfe, bei Menschen mit psychischer Erkrankung der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Mainz-Bingen, die Betroffenen, sowie im Einzelfall erforderliche Leistungsanbieter für Menschen mit Behinderungen, insbesondere die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes bzw. des Trägerverbundes Mainz und Mainz-Bingen

Alle Mitglieder der Teilhabekonferenz unterliegen der Schweigepflicht. Jeder Antragsteller und jede Antragstellerin hat das Recht, bei der Vorstellung ihres Hilfebedarfs in der Konferenz teilzunehmen und sich durch eine oder mehrere bevollmächtigte Person ihres Vertrauens begleiten oder vertreten zu lassen.



Datum und Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Erklärung über Vermögen

Name, Vorname des Leistungsberechtigten, Anschrift

1. ich/wir habe(n) folgendes Vermögen:

- 1.1 Guthaben und Bargeld (z.B. Guthaben auf Giro- und Sparkonten, Prämien- und Bausparverträge)

- 1.2 Wertpapiere (z.B. Aktien, Anleihen, Bundesschatzbriefe)

- 1.3 Forderungen (z.B. aus Darlehen)

- 1.4 Hausgrundstück, Wohneigentum, Wohnrechte

Anzahl Wohnungen	mtl. Mieteinnahmen	Brandversicherungssumme		Verkehrswert
	€			€
Grundbuch vom	Band	Blatt	Flurnr.	Grundstücksgröße
				m ²

- 1.5 sonstiger Grundbesitz

Grundbuch vom	Band	Blatt	Flurnr.	Grundstücksgröße
				m ²

- 1.6 sonstiges Vermögen (z.B. Lebensversicherung, bitte Rückkaufwert angeben)

- 1.7 Kraftfahrzeug(e) (Hersteller, Baujahr, amtliches Kennzeichen, Verkehrswert)

2. Ich/Wir habe(n) kein Vermögen

3. Frühere Vermögenswerte

- 3.1 Ich/wir habe(n) in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen

veräußert übertragen verschenkt

- 3.2 Ich/wir habe(n) in den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt

4. Ich/wir versichere/versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Datum und Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters



Erklärung über Konten / Auskunftsermächtigung

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII

Name, Vorname des Leistungsberechtigten, Anschrift

ges. Betreuer/Vertreter mit Anschrift

Ich unterhalte kein Sparkonto, Postsparkonto, Girokonto, Kapitalansammlungsvertrag, Bausparvertrag, Wertpapierdepot

Ich unterhalte bei

Name und Anschrift des Kreditinstituts

folgende Sparkonten, Girokonten, Kapitalansparverträge, Bausparverträge, Wertpapierdepots etc.

Bezeichnung und Konto bzw. VertragsNr.	Laufzeit des Vertrages (von - bis)	Betrag der Einlage / Vertragssumme / Wert
		€
		€
		€
		€
		€

folgende Nachweise sind beigefügt:

Sparbuch letzter Kontoauszug Vertrag

Ich befreie hiermit das oben genannte Kreditinstitut vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und ermächtige und beauftrage es, dem Sozialhilfeträger Auskünfte über den Kontostand und die Kontobewegungen zu erteilen.



Datum und Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters