

Bezirk Oberbayern
Bezirksverwaltung
Prinzregentenstraße 14
80538 München

Antrag

auf Gewährung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

ambulant

teilstationär

stationär

Kfz-Hilfe (zusätzliches Beiblatt "Antrag auf Kfz-Hilfe" ausfüllen)

Hilfe zur Pflege

ambulant

stationär

Sonstiges:

Name und Adresse der
Einrichtung,
des Anbieters, des Trägers:

Hinweis:

Wenn Sie Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich bitte zunächst an die/den zuständige/n Sachbearbeiter/in oder ersatzweise an die Servicestelle, Telefonnummer: 089/2198 – 21010.

I.) Persönliche Verhältnisse:

a) der nachfragenden Person
(auch Minderjährige)

b) des Ehegatten/Lebenspartners
- auch wenn verstorben, geschieden oder
getrennt lebend
- bei ledigen minderjährigen/volljährigen
nachfragenden Personen hier Angaben
über
die Eltern
- bei eheähnlicher Lebensgemeinschaft

1. Name
(ggf. Geburtsname):

2. Vorname:

3. Geburtsdatum:

4. Geburtsort:

Wenn nicht in Deutschland, wann
war der Zuzug nach Deutschland?

5. Familienstand	ledig	verheiratet	verstorben am
	verwitwet	geschieden	
	eingetragene Lebenspartner- schaft*		
	getrennt lebend		

* nur für „eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

6. Staatsangehörigkeit:
ggf. weitere Staatsangehörigkeiten

Bei Ausländern aufenthalts-
rechtlicher Status:

a) Duldung	nein	ja, gültig bis	nein	ja, gültig bis
b) Niederlassungserlaubnis	nein	ja, gültig bis	nein	ja, gültig bis
c) Aufenthaltserlaubnis	nein	ja, gültig bis	nein	ja, gültig bis
d) Asylbewerber/-berechtigter	nein	ja	nein	ja

Bitte Kopie von Ausweispapieren bzw. Aufenthaltstiteln beifügen

7. Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

8. Telefon:

9. Bei Aufnahme in oder Austritt aus einer Einrichtung, Klinik, Anstalt, dem betreuten Wohnen:

a) letzte Wohnanschrift bzw.
Aufenthaltssorte in den letzten
2 Monaten vor Unterbringung
in einer der genannten
Wohnformen:

b) wann und wo erfolgte eine
Unterbringung in einer der
genannten Wohnformen?

10. Schwerbehindertenausweis:	ja	nein	ja	nein
-------------------------------	----	------	----	------

Bitte folgendes beifügen:

Kopie des Schwerbehindertenausweises mit dem dazugehörigen Bescheid des Versorgungsamtes und bereits vorhandene ärztliche Atteste, in dem die Behinderung diagnostiziert und die Notwendigkeit der beantragten Leistungen begründet werden.

11. Betreuung / Bevollmächtigung:	ja	nein	ja	nein
-----------------------------------	----	------	----	------

Adresse des Betreuers/
der Betreuerin oder des/der
Bevollmächtigten:

Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen. Falls Angehörige die Kommunikation übernehmen wollen, bitte Vollmacht beifügen!

12. Erlernter Beruf:

13. Derzeitige Tätigkeit,
Arbeitgeber:

V.) Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen (EUR): - Bitte mit entsprechenden Nachweisen belegen! -

Art des monatlichen Einkommens aus:	Nachfragende Person		Ehegatte/ Lebenspartner - falls minderjährig beider Eltern -		Sonstige Haushaltsmitglieder (s. unter Ziffer II.)			
					zu Nr. 1	zu Nr. 2	zu Nr. 3	zu Nr. 4
1. Arbeitnehmertätigkeit:								
2. Gewerbe, Handel, selbständige Tätigkeit:								
3. Land- und Forstwirtschaft:								
4. Wert des Austrags (z.B. aus Überlassungsvertrag):								
5. Landwirtschaftliches Altersgeld:								
6. Leistungen der Agentur für Arbeit:								
7. Ausbildungsförderung:								
8. Kindergeld, Kindergeldzuschlag:								
9. Leistungen der Krankenversicherung:								
10. Unterhaltszahlungen:								
11. Renten aus der Sozialversicherung:								
Altersrente								
Haben Sie freiwillig Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?	ja	nein	ja	nein				
Rente wg. Erwerbsminderung								
Haben Sie freiwillig Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?	ja	nein	ja	nein				
Hinterbliebenenrente								
Hat Ihr verstorbener Ehegatte freiwillig Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?	ja	nein						
Unfallrente								

12. Leistungen des Zentrums
Bayern Familie und
Soziales:

Grundrente

Ausgleichsrente

Elternrente

Blindengeld

13. Pension:

14. Vermietung und
Verpachtung, Kapital:

15. Sonstige Einnahmen
(z.B. Betriebsrente, Wohngeld,
Lastenausgleich (LAG)):

16. Besteht ein Beihilfeanspruch? nein ja, ggf. für wen:

Beihilfestelle:

17. Leistungen der Pflegekasse/Pflegeversicherung: nein ja, beantragt bei:

ggf. Kopie des Bescheids beifügen Pflegegrad:

Vom Einkommen absetzbare Beträge

Belege erforderlich!

a) nachfragende Person EUR

b) Ehegatte/Lebenspartner EUR

- falls minderjährig beider Eltern -

Beiträge zu privaten Versicherungen:

Krankenversicherung

Unfallversicherung

Haftpflichtversicherung

Sterbegeldversicherung

Hausratversicherung

ggf. Kfz-Haftpflichtversicherung

sog. Riesterrente

3.Größe der Wohnung, m²:

Anzahl der Räume:

Davon untervermietet:

4. Anzahl der in der Wohnung/dem Haus lebenden Personen:

1

2

3

4

Sonstiges

VIII.) Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung:

Art der Tätigkeit

Dauer
(von - bis)

Name und Anschrift
des Arbeitgebers

Zuständige
Krankenkasse

Nachfragende Person:

Ehegatte/
Lebenspartner:
-falls minderjährig beider
Eltern

IX.) Leistungsbezug aufgrund Arbeitslosigkeit/Erwerbsminderung:

Sind Sie arbeitslos?

nein

ja, seit wann

Wann erfolgte die letzte
Arbeits-
losenmeldung?

Es wurde beantragt:

Arbeitslosengeld I

Stelle:

am:

Arbeitslosengeld II

Stelle:

am:

Stelle:

am:

Es wird bereits gewährt: - Bitte Bescheide in Kopie beifügen! -

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Bitte Bescheid der Agentur für Arbeit / dem Jobcenter beifügen, wenn obige Leistungen abgelehnt wurden!

Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?

nein

ja, Antrag gestellt am:

bei:

Bescheinigung der Behörde in Kopie beifügen

X.) Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse?:

1. Krankenkasse derzeit:

1.a Art der Versicherung: ggf. Beitragsbescheid in Kopie beifügen	Pflichtversicherung Versicherung der Rentner	Freiwillige Versicherung Familierversicherung über:	Versicherung als Renten- antragsteller/in Private Versicherung
---	--	---	--

Versicherung über Sozialhilfeträger (GMG)

1.b Versicherungsnummer:

1.c Wenn derzeit nicht kranken- versichert, Angaben zur letzten Mitgliedschaft:	Letzte Krankenkasse: vom	bis
---	---------------------------------	-----

XI.) Vermögenswerte: - Bitte Kopien von Verträgen, Urkunden usw. beifügen -

	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten / Lebenspartners
1.) Bargeld	Ich verfüge über kein Bargeld Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR	Ich verfüge über kein Bargeld Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR
2.) Spar- und Bankguthaben Kontoauszüge aller geführten Konten der letzten 6 Monate mit abschließendem Kontostand in Kopie beifügen!	Ich habe kein Spar- und Bankguthaben. Ich habe Spar- und Bank- guthaben bei: Geldinstitut IBAN BIC Betrag EUR Geldinstitut IBAN	Ich verfüge über kein Spar- und Bankguthaben Ich habe Spar- und Bank- guthaben bei: Geldinstitut IBAN BIC Betrag EUR Geldinstitut IBAN

	a) der nachfragenden Person		b) des Ehegatten / Lebenspartners	
	BIC		BIC	
	Betrag		Betrag	
	EUR		EUR	
3.) Vertraglich gesicherte Ansprüche	Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte		Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen	
Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen.	Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege)		Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege)	
4.) Gibt es Verträge zu Gunsten Dritter?	nein	ja, welche:	nein	ja, welche:
	Begünstigter		Begünstigter	
	Institut		Institut	
	IBAN, BIC bzw. Versicherungsnummer		IBAN, BIC bzw. Versicherungsnummer	
5.) Besteht eine Sterbegeldversicherung?	nein	ja, welche:	nein	ja, welche:
6.) Bestattungsvorsorgevertrag	nein	ja, welche:	nein	ja, welche:

	a) der nachfragenden Person		b) des Ehegatten / Lebenspartners	
7.) Mitglied einer Lebensversicherung	nein	ja, welche:	nein	ja, welche:
	Höhe der Versicherungssumme / Rückkaufwert:		Höhe der Versicherungssumme / Rückkaufwert:	
	EUR		EUR	
8.) Haus- und Grundeigentum	Ich habe kein Haus- und Grundeigentum		Ich habe kein Haus- und Grundeigentum	
Kopie des Einheitswertbescheides, der Brandversicherungsurkunde beilegen	Ich habe folgendes Haus- und Grundeigentum:		Ich habe folgendes Haus- und Grundeigentum:	
	Art		Art	
	Adresse		Adresse	
	Sonstiges		Sonstiges	
9.) Sonstige Vermögenswerte	Ich habe kein sonstiges Vermögen		Ich habe kein sonstiges Vermögen	
	Ich habe Vermögenswerte in folgender Form:(z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)		Ich habe Vermögenswerte in folgender Form:(z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.)	
10.) Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundeigentum, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben oder verschenkt?	nein	ja	nein	ja
	Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:		Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:	
Ggf. Kopien von Verträgen, Urkunden beifügen!				

XII. Nicht geklärte Ansprüche:

Glaubt die nachfragende Person oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere –noch nicht entschiedene - Ansprüche zu haben, aus denen sie noch keine Leistungen erhält?

a) der nachfragenden Person
(auch Minderjährige)

b) des Ehegatten/Lebenspartners-
falls minderjährig beider Eltern

Wann und wo wurde der Antrag
gestellt/Anspruch
geltend gemacht?

Wann und wo wurde der Antrag
gestellt/Anspruch geltend gemacht?

aus der Sozialversicherung

aus Unfall

aus Krankheit

als Opfer von Gewalttaten

aus Soldatenversorgungsgesetz (SVG) / Zivildienstgesetz (ZDG)

aufgrund Impfschadens

aufgrund eines ärztlichen
Behandlungsfehlers

Sonstiges:

Sonstiges2:

Für den Fall, dass zu klärende Ansprüche nach Ziffer XII bei der nachfragenden Person bestehen wird nachstehende datenschutzrechtliche Erklärung abgeben:

Es besteht Einverständnis damit, selbst erhobene oder bei Dritten angeforderte medizinische Daten- soweit dies erforderlich ist- zur Anspruchsdurchsetzung der jeweiligen Stelle (insbesondere gesetzliche oder private Unfallversicherung, gesetzlich oder private Haftpflichtversicherung, Krankenhäuser, Versorgungsämter, Krankenkassen, Rententräger, sonstige Sozialleistungsträger) vorzulegen sowie im Bedarfsfalle in einem Gerichtsverfahren zu verwenden (§§ 67d, 69 Abs. 1, 76 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch). Zur Einholung von medizinischen Auskünften und Unterlagen bei Dritten ist eine Erklärung zur Schweigepflichts-entbindung der nachfragenden Person erforderlich, die gesondert angefordert wird.

XIII. Sonstiges - Bitte Nachweise in Kopie beifügen!

1.) Sind Sie selbst kriegsbeschädigt?

nein ja

2.) Sind Sie Angehörige/r eines/einer Kriegsbeschädigten oder Hinterbliebene/r?

nein ja Von wem?

3.) Ist ein Kind der nachfragenden Person durch Kriegs-, Wehrdienst- oder Schädigungsfolgen verstorben?

nein ja

Name, Geburtsdatum:

Wann und wo verstorben:

4.) Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Pflichtteilsergänzungsansprüche, Schadensersatz)

nein ja Welche?

Bankverbindung der nachfragenden Person:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Falls für meinen außerhalb der Einrichtung lebenden Ehegatten/Lebenspartner ein Anspruch auf Grundsicherung besteht, wird dieser hiermit gleichzeitig beantragt.

Im Falle einer vom Sozialhilfeempfänger schuldhaft verursachten Sozialhilfeüberzahlung ermächtige ich den Bezirk Oberbayern, den zu Unrecht überwiesenen Betrag durch Banklastschrift abbuchen zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird. Bereits beglichene Heimkosten für diese Zeiträume können nicht übernommen werden.

Erklärung der nachfragenden Person und seines Ehegatten/Lebenspartners bzw. der gesetzlichen Vertretung:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach §§ 102 ff. SGB XII wurde ich hingewiesen.

Wir weisen darauf hin, dass der Bezirk Oberbayern als überörtlicher Sozialhilfeträger befugt ist, Personen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs da-raufhin zu überprüfen, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen von anderen Leistungsträgern bezogen werden oder wurden, § 118 SGB XII.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse (z.B. Zusammenleben in einer eheähnlichen / lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft), sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als vier Wochen dauernde Abwesenheit (z.B. Krankenhausaufenthalt, Kuren, Auslandsaufenthalte) von allen Haushaltsangehörigen sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Bei den Ausgaben des Antragsstellers können sich für die Ausgabenseite aus datenschutz-rechtlicher Sicht Einschränkungen aus Art. 9 Abs. 1 DSGVO i.V.m. § 67a Abs. 1 S. 2 u. 3 SGB X ergeben. So ist für besondere personenbezogene Daten, wie Angaben über rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualeben, gesondert zu prüfen, ob deren Kenntnis zur Aufgabenerfüllung des Sozialhilfeträgers erforderlich ist. Sofern sich auf der Ausgabenseite aus den Angaben des Adressaten bzw. des Verwendungszwecks Hinweise auf diese besonders geschützten Daten ergeben, die jedoch für die Aufgabenerfüllung des Sozialhilfeträgers ohne Bedeutung und nicht erforderlich sind, können diese Angaben ge-schwärzt werden, sofern die Ausgabebeträge der Höhe nach weiterhin erkennbar bleiben. Sofern sich aus den insoweit geschwärzten Kontoauszügen eines Antragsstellers bzw. Leistungsempfängers Rückfragen bezüglich der Häufigkeit oder der Höhe zu getätigten Überweisungen ergeben, wird im Einzelfall entschieden, inwieweit ausnahmsweise eine Offenlegung der geschwärzten Angaben gefordert werden kann.

Hinweis gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Bezirk Oberbayern
Prinzregentenstr. 14
80538 München
Tel.: 089/2198-01
E-Mail: servicestelle@bezirk-oberbayern.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 e), Abs. 2 und 3 DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Oberbayern im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z.B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Oberbayern, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Oberbayern erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 089/2198-93001 oder über folgende E-Mail-Adresse: Datenschutz@bezirk-oberbayern.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufnehmenden

Unterschrift des Antragstellers bzw. Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners der gesetzlichen Vertretung/Betreuung
Bei Vormundschaft/Beistandschaft bitte Bestallungsurkunde beifügen! Bei Bevollmächtigung bitte Vollmacht beifügen!

Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners