

Zurück an:

Az.:

**Stadt Konstanz
Sozial- und Jugendamt
Abt. Sozialhilfe und sonst.
soziale Leistungen
Benediktinerplatz 2
78467 Konstanz**

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Antrag auf <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen der Sozialhilfe, (z. B. Hilfe zur Pflege einschließlich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Einrichtungen, sowie Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen) (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)	Eingangsstempel Sozial- und Jugendamt Konstanz
--	--

1. Häusliche Verhältnisse

	Antragsteller/in		Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner/in					
Familienname								
Geburtsname und früher geführte Namen								
Vorname/n								
Geschlecht	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	männlich				
	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	weiblich				
	<input type="checkbox"/>	divers	<input type="checkbox"/>	divers				
Geburtsdatum								
Geburtsort								
Straße, Hausnummer								
PLZ, Wohnort								
Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)								
E-Mail (Angabe freiwillig)								
Familienstand								
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/>	Haushaltsvorstand	<input type="checkbox"/>	Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/>	Haushaltsvorstand	<input type="checkbox"/>	Haushaltsangehörige/r
Staatsangehörigkeit								
Aufenthaltsstatus (bei Ausländern)								

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner/in
Ausweisdokument		
Ausweis-/Passnummer		

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner/in
Steuer-ID		
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzugs		Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzugs
Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1-3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sozialversicherungsnummer		

Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	Wenn ja, Adresse angeben und Betreuerausweis/Vollmacht beifügen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	Wenn ja, Adresse angeben und Betreuerausweis/Vollmacht beifügen
	Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten					Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten				

Folgende Personen leben mit mir/uns in einem Haushalt (z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte usw.)

	1				2				3				4			
Familienname																
Geburtsname und früher geführte Namen																
Vorname/n																
Geburtsdatum																
Geschlecht	<input type="checkbox"/>	männlich			<input type="checkbox"/>	männlich			<input type="checkbox"/>	männlich			<input type="checkbox"/>	männlich		
	<input type="checkbox"/>	weiblich			<input type="checkbox"/>	weiblich			<input type="checkbox"/>	weiblich			<input type="checkbox"/>	weiblich		
	<input type="checkbox"/>	divers			<input type="checkbox"/>	divers			<input type="checkbox"/>	divers			<input type="checkbox"/>	divers		
Geburtsort																
Familienstand																
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Antragsteller/in																
Staatsangehörigkeit																
Aufenthaltsstatus (bei Ausländern)																
In Deutschland lebend seit Geburt	<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
	Wenn nein, Jahr des Zuzuges				Wenn nein, Jahr des Zuzuges				Wenn nein, Jahr des Zuzuges				Wenn nein, Jahr des Zuzuges			

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1-3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)	<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
---	--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	------

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner/in	Person Nr. 1	Person Nr. 2
Beruf				
Aktuelle Beschäftigung				

2. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

1a. Wurde bei einer der unter 1. (Häusliche Verhältnisse) eingetragenen Personen eine Schwerbehinderung festgestellt und das Merkzeichen „G“ oder „aG“ erteilt? Wenn ja, legen Sie bitte den Bescheid nach § 69 Abs. 4 SGB IX des Versorgungsamtes oder den Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX bei!	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar
1b. Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, legen Sie bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten bei!	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar
2. Ist eine der unter Nr. 1 (Häusliche Verhältnisse) eingetragenen Personen schwanger? Wenn ja, legen Sie bitte den Mutterschaftspass/ein ärztliches Attest bei!	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar
3. Benötigt eine der unter Nr. 1 (Häusliche Verhältnisse) eingetragenen Personen eine Kostenaufwändige Ernährung? Wenn ja, legen Sie bitte ein ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose bei!	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar
4. Wird das Warmwasser durch eine in Ihrer Unterkunft installierte Vorrichtung erzeugt (dezentrale Warmwassererzeugung, z.B. durch elektrischen Boiler)?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar

3. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 Abs. 2 SGB V)

Antragsteller/in		Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Ehepartner/in	
Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs-/Mitglieds-Nummer		Versicherungs-/Mitglieds-Nummer	
Es handelt sich um eine		Es handelt sich um eine	
<input type="checkbox"/>	Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	Pflichtversicherung
<input type="checkbox"/>	Freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/>	Freiwillige Versicherung
<input type="checkbox"/>	Familienversicherung beim Stammversicherten	<input type="checkbox"/>	Familienversicherung beim Stammversicherten
Name, Vorname	Geburtsdatum	Name, Vorname	Geburtsdatum
Versicherungsnummer		Versicherungsnummer	

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Der Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über

1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in
<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung
Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich/bestimmen wir folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner/unserer Krankenkasse:			
Name der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse	

4. Leistungen für die Unterkunft, Heizung und Warmwasserversorgung

Ich bin/wir sind			
<input type="checkbox"/>	Mieter/mietähnlich Nutzungsberechtigte/r von Wohnraum (Mietbescheinigung/Mietvertrag beifügen!)		
<input type="checkbox"/>	Die Miete (Kaltmiete zuzüglich Vorauszahlung für Betriebskosten) beträgt monatlich	EUR	
<input type="checkbox"/>	Bewohner von Haus-/Wohneigentum (Ertragsberechnung mit Nachweisen beifügen)		
Die Kosten der Heizung betragen		EUR	monatlich.
Sind die Kosten für die zentrale Warmwasserzubereitung darin enthalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/>	Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Einzelofenheizung (Energieträger werden selbst beschafft) Zum Betrieb der Heizung wird		
<input type="checkbox"/>	Heizöl benötigt	<input type="checkbox"/>	Folgender Brennstoff wird benötigt
<input type="checkbox"/>	Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Sammelheizung (Energieträger werden geliefert). Der Betrieb der Heizung erfolgt mit		
<input type="checkbox"/>	Heizöl	<input type="checkbox"/> Erdgas	<input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Nachtspeicherheizung

5. Einkommen (§§ 82 ff. SGB XII)

Anzugeben sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft (auch solche aus dem Ausland). Das gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge usw. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.						
Art des Einkommens	Antragsteller/in	Ehepartner/Lebensgefährte(in) /Lebenspartner/in	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4
Arbeitseinkommen jeglicher Art						
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit						
Unterhalt nach dem BGB						
Unterhaltsvorschuss						
BAföG-Leistungen						
Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld						
Arbeitslosengeld II/Sozialgeld						
Wohngeld						
Insolvenzgeld						

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Anzugeben sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft (auch solche aus dem Ausland). Das gilt **auch** für **Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen!** Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge usw. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.

Art des Einkommens	Antragsteller/in	Ehepartner/Lebensgefährte(in) /Lebenspartner/in	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4
Berufsausbildungsbeihilfe						
Krankengeld						
Mutterschaftsgeld						
Altersrente						
Erwerbsminderungsrente						
Witwen-/Witwerrente						
Waisenrente						
Betriebsrente						
Ausländische Rente aus (Herkunftsland bitte eintragen und Nachweis vorlegen)						
Herkunftsland bitte eintragen und Nachweis vorlegen						
Sonstige Rente						
Pension						
Verletztengeld						
Kindergeld						
Versorgungsleistungen (BVG u. Ä.)						
Aufwandsentschädigung für Mandatsträger oder Übungsleiter						
Kapitalerträge/Zinsen						
Miet- und Pachteinnahmen						
Elterngeld						
Sonstige Einnahmen						

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

<input type="checkbox"/>	Keiner der zum Haushalt gehörenden Personen fließen Sachbezüge zu.					
<input type="checkbox"/>	Sachbezüge fließen in folgender Form zu:					
<input type="checkbox"/>	Freie Verpflegung	<input type="checkbox"/>	Freie Unterkunft/Wohnung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Sachbezüge, und zwar	
Art der Sachbezüge, begünstigte Person, monatlicher Wert (u.U. Schätzwert) der Sachbezüge						
Sind einer der unter 1. (Häusliche Verhältnisse) eingetragenen Personen in den letzten 12 Monaten einmalige Einkünfte oder Bezüge zugeflossen?						
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar am	Datum	in Höhe von	EUR
Bezeichnung des einmaligen Einkommens/der einmaligen Bezüge				Bitte genaue Bezeichnung eintragen (z. B Einkommenssteuererstattung)		

6. Absetzungen vom Einkommen (§ 82 Abs. 2 SGB XII)

Art der Absetzung	Antragsteller/in		Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)		Person Nr. 1		Person Nr. 2		Person Nr. 3	
Arbeitsmittel										
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte mit	<input type="checkbox"/>	PKW	<input type="checkbox"/>	PKW	<input type="checkbox"/>	PKW	<input type="checkbox"/>	PKW	<input type="checkbox"/>	PKW
	<input type="checkbox"/>	ÖPNV	<input type="checkbox"/>	ÖPNV	<input type="checkbox"/>	ÖPNV	<input type="checkbox"/>	ÖPNV	<input type="checkbox"/>	ÖPNV
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Sonstiges
Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte in km										
Preis für eine Fahrkarte										
Beitrag zu Berufsverband										
Hausratversicherung										
Haftpflichtversicherung										
Altersvorsorgebeitrag (§ 82 EStG)										
Freiwillige Rentenbeiträge an										
Sonstige Versicherung										
Sonstiges										

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

7. Vermögen – auch im Ausland (§ 90 SGB XII)

Vermögen ist die Gesamtheit einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, **verwertbaren Güter und Rechte** (z. B. Forderungen und Nutzungsrechte) mit einer bestimmten Wertigkeit. **Im Zweifel tragen Sie das vermeintliche Vermögen ein, damit wir entscheiden können, ob es sich wirklich um Vermögen handelt (bitte auch Vermögen im Ausland eintragen)!**

Art des Vermögens	Antragsteller/in	Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Bargeld					
Guthaben auf Girokonto					
Kontonummer					
Kreditinstitut					
Sparvertrag					
Kontonummer/Vertragsnummer					
Kreditinstitut					
Bausparvertrag					
Kontonummer/Vertragsnummer					
Bausparkasse					
Wertpapiere, Aktien, Geschäftsanteile o.Ä..					
Kurswert					
Nennwert					
Lebensversicherung (oder andere kapitalbildende Versicherung)					
Rückkaufswert					
Kfz/Typ					
Baujahr und Kilometerstand					
Grundstücke (im In- und Ausland)					
Verkehrswert					
Einheitswert					
Sonstiges (Sach-)Vermögen					

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Vermögen ist die Gesamtheit einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte (z. B. Forderungen und Nutzungsrechte) mit einer bestimmten Wertigkeit. Im Zweifel tragen Sie das vermeintliche Vermögen ein, damit wir entscheiden können, ob es sich wirklich um Vermögen handelt (bitte auch Vermögen im Ausland eintragen)!					
Art des Vermögens	Antragsteller/in	Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Erbansprüche					
Erblasser					
Darlehensforderungen					
Forderungsgegner(in)					
Sonstige Ansprüche und Forderungen					
Art des Anspruchs/der Forderung					
Anspruchs-/Forderungsgegner					
Hat eine der unter 1. (Häusliche Verhältnisse) aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Grundbesitz, Bargeld)?				<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Name, Vorname des Schenkers					
Name, Vorname des Beschenkten					
Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben)					

8. Angaben für Versorgungsleistungen nach dem BVG oder entsprechend anwendbarer Gesetze

Folgende Angehörige des/der Antragstellers(in) bzw. Mitglieder des Haushaltes sind durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst oder haben aufgrund der Ursache ihrer Hilfebedürftigkeit (Minderung der Erwerbsfähigkeit, Behinderung, Krankheit o.A.) Ansprüche nach dem BVG, OEG, SVG, ZDG, BPoIG IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG oder AntiDHG:	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsverhältnis	Ggfs. Sterbedatum und Sterbeort
Versorgungsamt, das Leistungen erbringt	Az. des Versorgungsamtes (bitte Anerkennungs- oder Bewilligungsbescheid beifügen)

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

9. Vorrangige Ansprüche gegen Dritte

1. Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§ 94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner(in)				
Pflichtiger	1	2	3	4
Familienname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis				
Straße, Hausnum- mer				
PLZ, Wohnort				
Höhe der lfd. Un- terhaltszahlungen				
Wurde ein Unterhalts- anspruch geltend ge- macht? Wenn ja, wo? Bitte Unterhaltstitel (z. B. Urteil) beifügen	<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
Verfügt eines Ihrer beiden Elternteile über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000 EURO?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welcher Elternteil?		<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Welchen Beruf haben Ihre Eltern? Mit welcher Tätigkeit erzielen Ihre Eltern Einkommen?				
Mutter	Beruf und aktuelle Tätigkeit		Vater	Beruf und aktuelle Tätigkeit
Erzielt eines Ihrer Kinder ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000 EURO?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, welches Kind?	Bitte Vorname, Name und Anschrift eintragen			
Welchen Beruf haben Ihre Kinder? Mit welcher Tätigkeit erzielt/erzielen Ihr Kind/Ihre Kinder Einkommen?				
Vorname und Name des Kindes, Beruf und aktuelle Tätigkeit				
Vorname und Name des Kindes, Beruf und aktuelle Tätigkeit				
2. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§§ 102 ff. SGB X, § 74 EStG)				
Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt?				
Art der Leistung	Nein	Ja	Antragsdatum	Für wen und wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzei- chen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Art der Leistung	Nein	Ja	Antragsdatum	Für wen und wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen?
Sonstige Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII, §§ 115 und 116 SGB X)				
Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z. B. Entschädigung von einer Versicherung)?				
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar wie folgt:	
Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?		Wann und wo wurde er geltend gemacht?	
Liegt beim Antragsteller/der Antragstellerin eine Minderung der Erwerbsfähigkeit und/oder eine Behinderung vor?				
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar wie folgt:	
Art/Bezeichnung (Diagnose)	Verursacht durch (z.B. Unfall)		am/seit	
Hat eine unter 1. (Häusliche Verhältnisse) genannte Person Aufenthalts- oder Beschäftigungszeiten im Ausland zurückgelegt, aus denen sich ein Anspruch auf eine ausländische Rente oder Pension ergeben könnte?				
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar wie folgt:	
Aufenthalts-/Beschäftigungszeit im Ausland (Staat angeben)	Von bis (Datum)		Art der Beschäftigung/Art der Rente, Pension o.Ä.	

10. Aufenthaltsverhältnisse

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am	Von (letzte Adresse oder Ort des Grenzübertritts nach Deutschland)		
Hat sich eine der unter 1. (Häusliche Verhältnisse) genannten Personen vor dem Eintritt der vermeintlichen Hilfebedürftigkeit in einer Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim) aufgehalten oder wurde bzw. wird sie in ihrer ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung ambulant betreut (z.B. mobiler Hilfsdienst, ambulanter Pflegedienst)?			
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar:
Name, Vorname			
Name und Anschrift der Einrichtung/der ambulanten Wohnmöglichkeit			
Kostenträger für den Aufenthalt in der Einrichtung/der ambulanten Wohnmöglichkeit			

11. Kontoverbindung

Die Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:		
IBAN	BIC	Kreditinstitut
Kontoinhaber		

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

12. Ergänzende Angaben und Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Gehört eine der unter 1. (Häusliche Verhältnisse) genannten Personen zu einem der folgenden Personenkreise?			
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar (bitte Nachweis wie Schul- oder Studienbescheinigung, Visum usw. beifügen)
Personenkreis		Name, Vorname	
Schüler/in			
Auszubildende/r oder Studierende/r			
Asylberechtigte/r nach Art. 16a Grundgesetz (GG) Aufenthalt nach § 25 Abs.1 Aufenthaltsgesetz (AufenthG)			
Anerkannter Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) vom 28.07.1951 Anerkennung nach § 60 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz (AufenthG)-Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 2 S. 1 S.1, Alt 1 AufenthG			
Beziehen Sie Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen von einer Pflegekasse?			
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar für den Pflegegrad
Name der Pflegekasse		Höhe der monatlichen Leistung in EUR	

13. Antragsbegründung

Geben Sie bitte genau an, warum Sie einen Antrag stellen.

Falls notwendig, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Hinweise und Schlusserklärungen

1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass alle Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, habe ich – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, alle Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem zuständigen Mitarbeitenden des Sozial- und Jugendamtes anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch – 1. Buch – (SGB I)). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z. B. Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

3. Hinweise zum Datenschutz

Soweit es für die Durchführung des Sozialgesetzbuches – 12. Buch – (SGB XII) bzw. zur Ermittlung der für die Sozialhilfe maßgeblichen Verhältnisse im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; vgl. Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe c und e und Artikel 4 Nr. 2 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), §§ 67a ff. Sozialgesetzbuch – 10. Buch – (SGB X), § 60 ff SGB I. Das Sozial- und Jugendamt ist hierbei „Verantwortlicher“ im Sinne des Artikels 4 Nr. 7 DSGVO. Alle Kontaktdaten finden Sie unter 4.8.

3.1 Datenerhebung bei den Haushaltsmitgliedern

Ihre Angaben im Sozialhilfeantrag sind mit entsprechenden Nachweisen zu belegen. Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen Verwendungszweck bzw. Empfänger einer Überweisung – nicht aber deren Höhe – geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten im Sinne des Artikel 9 DSGVO handelt (Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit, Sexualeben oder der sexuellen Orientierung).

3.2 Datenerhebung bei anderen Stellen

Wenn die Haushaltsmitglieder nicht oder nicht vollständig an der Aufklärung des Sachverhalts mitwirken, kann das Sozial- und Jugendamt auch Auskünfte einholen bzw. Daten erheben

- bei anderen Stellen im Zusammenhang zwischen diesen und den Haushaltsmitgliedern bestehenden Rechtsverhältnissen (z. B. Vermieter/Mietverhältnis, Arbeitseinkommen, Banken und Kreditinstitute) und bei anderen Personen im Hinblick auf möglicherweise gegen diese Personen bestehende Rechtsansprüche bzw. deren Voraussetzungen (z. B. unterhaltsverpflichtete Eltern oder frühere/getrenntlebende Ehepartner) nach §§ 60 ff SGB I und § 117 SGB XII,
- bei anderen Sozialleistungsträgern (z. B. Agentur für Arbeit, Jobcenter, Familienkasse, Unterhaltsvorschussstelle, Ämter für Ausbildungsförderung) nach §§ 3, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X, inwieweit z. B. andere Sozialleistungen beantragt, bewilligt oder eingestellt wurden oder inwieweit Aussicht auf Bewilligung dieser Leistungen besteht und
- beim Finanzamt zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen nach § 21 Abs. 4 SGB X und – insbesondere bei selbständig tätigen Haushaltsmitgliedern – zur Einkommensteuererklärung oder zum bereits ergangenen Einkommensteuerbescheid nach § 31 a Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb bzw. Nr. 2 AO.

3.3 Manueller bzw. automatisierter Datenabgleich

Zur Vermeidung und Aufdeckung der rechtswidrigen Inanspruchnahme von Sozialhilfe wird ein regelmäßiger Datenabgleich für alle Haushaltsmitglieder, auch in automatisierter Form, insbesondere mit der Datenstelle der Rentenversicherung durchgeführt (§ 118 SGB XII). Es darf z. B. abgeglichen werden, ob während des Sozialhilfebezugs Arbeitslosengeld II gezahlt wird, ob eine versicherungspflichtige oder geringfügige Beschäftigung besteht oder in welcher Höhe Kapitalerträge zufließen, für die ein Freistellungsauftrag erteilt worden ist. Ebenso ist ein Abgleich mit der Meldebehörde zu Meldeanschriften, Wohnungsstatus und Zeitpunkt von Ummeldungen möglich.

Zur Klärung Ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse besteht nach § 93 Abs. 8 und 9 der Abgabenordnung (AO) die Möglichkeit für jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ein Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu stellen. Im Falle eines Abrufersuchens übermittelt das BZSt die Kontenstammdaten Ihrer Konten (u. a. Name des Kontoinhabers, Geburtsdatum, Kontonummer und Verfügungsberechtigung), soweit seit der Auflösung der Konten nicht mehr als drei Jahre vergangen sind (§ 93 b Abs. 4 AO i. V. m. § 24 c Kreditwesengesetz)

Verdachtsfälle auf Betrug werden grundsätzlich bei der Staatsanwaltschaft angezeigt.

3.4 Datenverarbeitung im Rahmen der Sozialhilfestatistik

Die für die Bearbeitung des Antrages erhobenen Daten werden in anonymisierter Form (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Statistik verwendet. Die Daten werden hierfür an das Statistische Landesamt Baden-Württemberg, sowie an das Statistische Bundesamt (§§ 121 ff SGB XII) übermittelt.

Füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

3.5 Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren

Zur Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der §§ 68, 69 SGB X an die Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte übermittelt.

3.6 Löschung Ihrer personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden vom Sozial- und Jugendamt gelöscht, wenn sie für die Durchführung des SGB XII nicht mehr benötigt werden (vgl. § 84 Abs. 2 SGB X, § 123 Abs. 2 SGB XII) und rechtliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Die Aufbewahrung erfolgt längstens zehn Jahre, um z. B. Entscheidungen über rückwirkende Änderungen bzw. bei Rechtswidrigkeit zu ermöglichen, § 45 Abs. 3 Satz 4 SGB X). Innerhalb der vorstehend genannten Fristen besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO.

3.7 Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf einer Einwilligung; Beschwerde

Wenn Sie eine **Auskunft** zu den zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an das Sozial- und Jugendamt. Sie können auch den Datenschutzbeauftragten zu Rate ziehen. Auf Wunsch wird Ihnen ein Auszug zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie feststellen, dass zu Ihrer Person gespeicherte Daten fehlerhaft oder unvollständig sind, können Sie jederzeit die unverzügliche **Berichtigung** oder Vervollständigung dieser Daten verlangen. Unter den Voraussetzungen des Art. 18 DSGVO in Verbindung mit § 84 Abs. 3 SGB X können Sie eine **Einschränkung der Verarbeitung** Ihrer Daten verlangen. Dies kommt z. B. dann in Betracht, wenn das Sozial- und Jugendamt die Daten nicht mehr länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und eine Löschung der Daten Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigen würde.

Im Zusammenhang mit der Sozialhilfebearbeitung besteht kein **Recht auf Datenübertragbarkeit** nach Art. 20 DSGVO, da die Datenverarbeitung in der Sozialhilfe im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Art. 21 Abs. 3 DSGVO). Es besteht auch kein Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Artikel 21 Abs. 1 DSGVO, da sozialhilferechtliche Vorschriften die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vorsehen (vgl. § 84 Abs. 5 SGB X).

Sollten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeitet (d. h. insbesondere erhoben) worden sein, können Sie diese Einwilligung jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerrufen. Dadurch wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf berührt. Sollten Sie mit den Auskünften des Sozial- und Jugendamtes bzw. mit der von ihr vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer Beschwerde an die/den Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde wenden.

3.8 Kontaktdaten/ Adressen

Verantwortlicher:
Stadt Konstanz
Sozial- und Jugendamt
Postfach
78459 Konstanz
Tel.: 07531/900-0
sja@konstanz.de

(behördlicher) Datenschutzbeauftragter:
datenschutz@konstanz.de

Landesdatenschutzbeauftragter:
E-Mail: poststelle@ldfi.bwl.de

4. Geltendmachen von Ansprüchen

Wenn ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend mache, werde ich das Sozial- und Jugendamt unverzüglich informieren.

5. Unterschrift(en)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Angaben und Erklärungen. Ich habe die Hinweise zu den Mitwirkungspflichten nach den §§ 60-67 SGB I sowie die Hinweise und Schlusserklärungen im Antragsvordruck durchgelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in)	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner(in)

6. Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeitende des Sozial- und Jugendamtes vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in)	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner(in)

7. Anwesenheit eines/einer Übersetzers/Übersetzerin

Es wird bestätigt, dass die vorstehenden Angaben im Antrag in Anwesenheit eines/einer Übersetzers/Übersetzerin gemacht wurden.

Name des/der Übersetzers/Übersetzerin	Die Übersetzung erfolgte in	Unterschrift des/der Übersetzers/Übersetzerin
	Sprache eintragen	