

Bezirk Oberbayern  
 Bezirksverwaltung  
 Prinzregentenstraße 14  
 80538 München

**Antrag** auf Gewährung von Sozialhilfe

nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch  
 (SGB XII)

Eingangsstempel:

Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	
Hilfe zur Pflege	
Vollstationär	Kurzzeitpflege
Name und Adresse der Einrichtung:	
Einzugstag:	Hilfe wird beantragt ab:

**Hinweis:**

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

**I. Persönliche Verhältnisse:**

	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners - auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend - bei eheähnlicher Lebensgemeinschaft
1. Name (ggf. Geburtsname):		
2. Vorname:		
3. Geschlecht:	männlich      weiblich	männlich      weiblich
4. Geburtsdatum:		
5. Geburtsort/Kreis:		
6. Familienstand / Familienverhältnisse:	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet  verwitwet      geschieden eingetragene      seit: Lebenspartnerschaft*  getrennt lebend seit: eheähnliche Gemeinschaft	verstorben am:  letzter Wohnort:

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

<< 01-21-150-2/08.2015 >>

	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners
7. Straße, Hausnummer:  Postleitzahl, Wohnort:	vor Heimeintritt	aktuell
8. Telefon:		
9. Erlernter Beruf		
10. Sind Sie erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rentner / Pensionist	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rentner / Pensionist
11. Bei Aufnahme in oder Austritt aus einer Einrichtung, Klinik, Anstalt, dem betreuten Wohnen:		
letzte Wohnanschrift bzw. Aufenthaltsorte <u>in den letzten 2 Monaten</u> vor Unterbringung in einer der genannten Wohnformen:		
12. Staatsangehörigkeit: ggf. weitere Staatsangehörigkeiten		
<u>Bei Ausländern:</u> Welcher aufenthaltsrechtliche Status liegt vor?  Duldung, Niederlassungserlaubnis, Aufenthaltserlaubnis, Asylbewerber/-berechtigter	Aufenthaltsrechtlicher Status:  Gültigkeit bis:	Aufenthaltsrechtlicher Status:  Gültigkeit bis:
<b>Bitte Kopie von Ausweispapieren bzw. Aufenthaltstiteln beifügen</b>		
13. Bei Übertritt aus dem Ausland		
Aufenthaltort der nachfragenden Person vor Grenzübertritt:		
Wann (Datum) und aus welchem Grund erfolgte der Übertritt?		
14. Schwerbehindertenausweis:	nein                      ja	nein                      ja
<b>Bitte folgendes beifügen:</b> Kopie des Schwerbehindertenausweises oder Bescheid des Zentrums Bayern Familie und Soziales		
15. Betreuung/ Bevollmächtigung:	nein                      ja	<input type="checkbox"/> nein                      ja
Adresse des Betreuers/ der Betreuerin oder des/der Bevollmächtigten:		
Telefonnummer: Faxnummer: E-Mail Adresse:		
<b>Bitte Kopie des Betreuerausweises oder der Vollmacht beifügen</b>		

## II. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft vor Aufnahme in der Einrichtung:

1. Wohnte die nachfragende Person alleine im Haushalt?

ja       nein, mit (Name, Verwandtschaftsverhältnis):

2. Die nachfragende Person ist:

Mieter       Untermieter bei:

**Bitte Mietvertrag sowie ggf. letztes Mieterhöhungsschreiben in Kopie beifügen**

Ich wohne mietfrei, Begründung:

Höhe der mtl. Gesamtkosten der Unterkunft:

Kaltmiete	EUR	Nebenkosten	EUR
-----------	-----	-------------	-----

3. Die nachfragende Person ist: - **Bitte Nachweise beifügen** -

Eigentümer	<input type="checkbox"/>	eines Einfamilienhauses
Miteigentümer	<input type="checkbox"/>	einer Eigentumswohnung
	<input type="checkbox"/>	eines Zwei- oder Mehrfamilienhauses

**Bitte fügen Sie eine Aufstellung über die mtl. Kosten/Belastungen bei (Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer, Gebühren)**

4. Größe der Wohnung, m <sup>2</sup> :	Anzahl der Räume:	Davon untervermietet:
--	-------------------	-----------------------

## III. Kinder, Ehegatten der Kinder und Eltern in und außerhalb des Haushalts:

Hat die nachfragende Person Kinder?     nein     ja, Anzahl:

**Bei mehr als zwei Kindern:** diese bitte auf einem unterschriebenen Beiblatt angeben

A) <u>Kinder</u>	Kind	Ehegatte d. Kindes	Kind	Ehegatte d. Kindes
1. Name: (ggf. Geburtsname)				
2. Vorname:				
3. Geburtsdatum:				
4. Geburtsort:				
5. Familienstand:				
7. Straße, Hausnummer: Postleitzahl, Wohnort:				
8. Telefon:				
B) <u>Eltern</u>	Mutter		Vater	
1. Name und Vorname				
2. Geburtsdatum				
3. ggf. Sterbedatum				
4. Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort:				

**IV. Einkommensverhältnisse (EUR): - Bitte mit entsprechenden Nachweisen belegen -**

1. Art des monatlichen Einkommens:	nachfragende Person		Ehegatte/Lebenspartner	
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Rente wg. Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Auslandsrente <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente (Kriegsbeschädigung) <input type="checkbox"/> Zusatzrente(z.B. aus Lebensversicherung) <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Vermietung / Verpachtung <input type="checkbox"/> (selbstständige) Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Blindengeld <input type="checkbox"/> Leistungen der Krankenversicherung (Krankengeld)				
<b>Sonstiges Einkommen:</b> z.B. Unterhaltszahlungen, landwirtschaftliches Altersgeld, Wert des Austrags (z.B. aus Überlassungsvertrag), Ausbildungsförderung, Kindergeld, Kindergeldzuschlag oder Leistungen des Zentrums Bayern Familie und Soziales (Grundrente, Elternrente) oder sonstige Einnahmen (z.B. Wohngeld, Lastenausgleich (LAG)):				
Einkommen aus:				
Einkommen aus:				
Einkommen aus:				
2. Sind/waren Sie Beamter oder Angehöriger eines Beamten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, besteht ein Beihilfeanspruch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beihilfestelle:				
3. Leistungen der Pflegekasse / Pflegeversicherung: <b>Bitte Kopie des Bescheids beifügen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, beantragt bei: Pflegegrad:		
4. Vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge <b>Bitte Belege beifügen</b>	a) nachfragende Person Bitte Zahlungsrhythmus (monatlich, 1/4jährl., 1/2jährl., jährl.) angeben		b) Ehegatte/Lebenspartner Bitte Zahlungsrhythmus (monatlich, 1/4jährl., 1/2jährl., jährl.) angeben	
Beiträge zu privaten Versicherungen:	EUR		EUR	
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung				
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung				
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung				
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung				
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung				
<input type="checkbox"/> ggf. Kfz-Haftpflichtversicherung				
<input type="checkbox"/> sog. Riesterrente				
<input type="checkbox"/> VdK Beitrag				
<input type="checkbox"/>				

**V. Sonstige Verhältnisse der nachfragenden Person:**

Bezieht die nachfragende Person derzeit Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Unterhaltshilfe nach LAG, Versorgungsbezüge nach BVG usw.)? - <b>Bitte Bescheide in Kopie beifügen</b> -	
nein	Jedoch Antrag gestellt am: Stelle:
<input type="checkbox"/> ja	vom _____ bis _____ Art der Bezüge: _____ Stelle: _____

**VI. Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse: - Bitte Beitragsbescheid in Kopie beifügen -**

Krankenkasse derzeit:			
Pflichtversicherung	Freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	<input type="checkbox"/> Versicherung über Sozialhilfeträger (GMG)
Wenn derzeit nicht krankenversichert, Angaben zur letzten Mitgliedschaft:	Letzte Krankenkasse: vom _____ bis _____		

**VII. Vermögenswerte im In- und Ausland: - Bitte Kopien von Verträgen, Urkunden usw. beifügen -**

a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners
<u>Bargeld:</u> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld in Höhe von _____ EUR	<u>Bargeld:</u> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld in Höhe von _____ EUR
<u>Spar- und Bankguthaben</u> <b>Bitte Kontoauszüge aller Konten der letzten 3 Monate mit abschließendem Kontostand in Kopie beifügen.</b> (Girokonten, Sparbücher, Depots, Wertpapiere, Geschäftsanteile, Bausparverträge etc.) <input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- und Bankguthaben <input type="checkbox"/> Ich habe Spar- und Bankguthaben bei: Geldinstitut:  IBAN: BIC: Aktueller Kontostand EUR:	<u>Spar- und Bankguthaben</u> <b>Bitte Kontoauszüge aller Konten der letzten 3 Monate mit abschließendem Kontostand in Kopie beifügen.</b> (Girokonten, Sparbücher, Depots, Wertpapiere, Geschäftsanteile, Bausparverträge etc.) Ich habe kein Spar- und Bankguthaben Ich habe Spar- und Bankguthaben bei: Geldinstitut:  IBAN: BIC: Aktueller Kontostand EUR:
Geldinstitut:  IBAN: BIC: Aktueller Kontostand EUR:	Geldinstitut:  IBAN: BIC: Aktueller Kontostand EUR:
<u>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</u> <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege evtl. aus Übergabevertrag)	<u>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</u> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte Ich habe vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege evtl. aus Übergabevertrag)
Bitte Kopie des vollständigen Vertrages beifügen	Bitte Kopie des vollständigen Vertrages beifügen

<p><u>Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte</u> (Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Pflichtteilsergänzungsansprüche, Schadensersatz)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p>	<p><u>Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte</u> (Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Pflichtteilsergänzungsansprüche, Schadensersatz)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p>
<p><u>Gibt es Verträge zu Gunsten Dritter?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Begünstigter: Bitte Nachweise beilegen</p>	<p><u>Gibt es Verträge zu Gunsten Dritter?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Begünstigter: Bitte Nachweise beilegen</p>
<p><u>Besteht eine Sterbegeldversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Bitte Nachweis der Versicherung zum aktuellen <b>Rückkaufswert</b> beilegen</p>	<p><u>Besteht eine Sterbegeldversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Bitte Nachweis der Versicherung zum aktuellen <b>Rückkaufswert</b> beilegen</p>
<p><u>Bestattungsvorsorgevertrag:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bitte Kopie des Vertrags inkl. Leistungsaufstellung</p>	<p><u>Bestattungsvorsorgevertrag:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bitte Kopie des Vertrags inkl. Leistungsaufstellung</p>
<p><u>Mitglied einer Lebensversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Bitte Nachweis der Versicherung zum aktuellen <b>Rückkaufswert</b> beilegen</p>	<p><u>Mitglied einer Lebensversicherung?</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Bitte Nachweis der Versicherung zum aktuellen <b>Rückkaufswert</b> beilegen</p>
<p><u>Haus- und Grundeigentum im In- und Ausland:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein Haus- und Grundeigentum Ich habe folgendes Haus- und Grundeigentum:</p> <p>Art: Adresse: Sonstiges:</p> <p>Bitte Kopie des Einheitswertbescheides, der Brandversicherungsurkunde oder Kaufvertrag beilegen</p>	<p><u>Haus- und Grundeigentum im In- und Ausland:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein Haus- und Grundeigentum: Ich habe folgendes Haus- und Grundeigentum:</p> <p>Art: Adresse: Sonstiges:</p> <p>Bitte Kopie des Einheitswertbescheides, der Brandversicherungsurkunde oder Kaufvertrag beilegen</p>
<p><u>KFZ:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein KFZ <input type="checkbox"/> Ich habe folgendes KFZ:</p> <p>Kilometerstand:</p> <p>Bitte Kopie des Fahrzeugscheines oder der Zulassungsbescheinigung Teil I beifügen</p>	<p><u>KFZ:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein KFZ <input type="checkbox"/> Ich habe folgendes KFZ:</p> <p>Kilometerstand:</p> <p>Bitte Kopie des Fahrzeugscheines oder der Zulassungsbescheinigung Teil I beifügen</p>
<p><u>Sonstige Vermögenswerte:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form: (z.B. wertvolle Sammlungen)</p>	<p><u>Sonstige Vermögenswerte:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen Ich habe Vermögenswerte in folgender Form: (z.B. wertvolle Sammlungen)</p>

Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundeigentum, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben oder verschenkt? - **Bitte Kopien von Verträgen, Urkunden beifügen -**

a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger mit Anschrift angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger mit Anschrift angeben

Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Konten, Depots, Wertpapiere, Bausparverträge etc. aufgelöst?

a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	nein <input type="checkbox"/> ja

Falls ja, fügen Sie bitte die Auszahlungs-/Überweisungsbelege, sowie einen Nachweis für den Verwendungszweck bei.

**VIII. Nicht geklärt Ansprüche:** Glaubt die nachfragende Person oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere - noch nicht entschiedene - Ansprüche zu haben, aus denen sie noch keine Leistungen erhält?

nein                      ja                      Bitte teilen Sie uns im folgenden mit, warum welcher Anspruch gegen wen bestehen könnte (ggfs. auf unterschriebenem **Beiblatt**):

	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten/Lebenspartners
<input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung		
<input type="checkbox"/> aus Unfall		
<input type="checkbox"/> aus Krankheit		
<input type="checkbox"/> als Opfer von Gewalttaten		
<input type="checkbox"/> aus dem Soldatenversorgungsgesetz / Zivildienstgesetz		
<input type="checkbox"/> Impfschaden		
<input type="checkbox"/> ärztlicher Behandlungsfehler		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Für den Fall, dass zu klärende Ansprüche nach Ziffer VIII 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 Schweigepflichtentbindung der nachfragenden Person erforderlich, die gesondert angefordert wird.

**IX. Kriegsbeschädigung – Bitte Nachweise in Kopie beifügen**

Ist die nachfragende Person kriegsbeschädigt?	nein <input type="checkbox"/> ja
Ist die nachfragende Person Angehöriger einer kriegsbeschädigten oder hinterbliebenen Person?	nein <input type="checkbox"/> ja                      Von wem?
Ist ein Kind der nachfragenden Person durch Kriegs-, Wehrdienst- oder Schädigungsfolgen verstorben?	nein ja                      Name, Geburtsdatum:  Wann und wo verstorben:

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 des Antragstellers 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 daraufhin 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 Gemeinschaft), sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als einen Monat dauernde Abwesenheit z.B. Krankenhausaufenthalte, Kuren) von allen Haushaltsangehörigen sofort anzuzeigen.**

Bei den Ausgaben des Antragstellers können sich für die Ausgabenseite aus datenschutzrechtlicher Sicht Einschränkungen aus § 67 Abs. 12 SGB X 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 Sexualleben, 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 geschwärzt werden. Damit kann der Verwendungszweck und Zahlungsempfänger auf der Ausgabenseite geschwärzt werden, sofern die Ausgabebeträge der Höhe nach weiterhin erkennbar bleiben. Sofern sich aus den insoweit geschwärzten Kontoauszügen eines Antragstellers 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 nach § 67 Buchst. a Abs. 3 SGB X: Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung 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 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Die Daten werden für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff SGB XII).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellenden bzw.  
der gesetzlichen Vertretung/Betreuung  
Bitte Vollmacht/Betreuerausweis beifügen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners

**Sofern aus Platzgründen Beiblätter erforderlich sind, bitten wir Sie, diese gesondert zu unterschreiben.**