

Kreisverwaltung Altenkirchen  
Abteilung 4 / Sozialamt  
Parkstraße 1  
57610 Altenkirchen

Aktenzeichen

41/

**Antrag auf Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – (SGB XII)**

**Hilfe zur Pflege in ambulanter Form / Hilfe zur Weiterführung des Haushalts**

**Persönliche Angaben (Antragsteller/in):**

Familiennamen / Geburtsnamen:		Vorname:		Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Familienstand:	seit:		
Mietwohnung	Haus- bzw. Wohneigentum		Staatsangehörigkeit:		
<b>Ehegatte/in (falls verheiratet), Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in:</b>					
Familiennamen / Geburtsnamen:		Vorname:		Geburtsdatum / -ort:	
<b>Bestanden Vorehen?</b>			ja	nein	<b>Sollten weitere Personen im Haushalt leben, bitte auf gesondertem Blatt angeben!</b>
Gesetzliche/r Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r:					
Name:		Anschrift:		Telefon / Fax:	
<b>Aufenthaltsverhältnisse in den letzten zwei Monaten vor Antragsstellung (bitte konkrete Adressangabe):</b>					
<b>Bankverbindung:</b>					
IBAN		BIC:		Kontoinhaber:	
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor bzw. wurde ein solcher beantragt?					
Antragsteller/in:			Ehegatte/in:		
Ausweis liegt vor. Grad der Behinderung: Merkzeichen:			Ausweis liegt vor. Grad der Behinderung: Merkzeichen:		
Ausweis wurde beantragt.			Ausweis wurde beantragt.		
Es liegt kein Ausweis vor.			Es liegt kein Ausweis vor.		

**Kranken- und Pflegeversicherung:**

Es besteht folgender Kranken- und Pflegeversicherungsschutz:	
<p style="text-align: center;">gesetzliche Versicherung      private Versicherung      keine Versicherung</p>	
Name der Krankenkasse / Versicherung:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	<p style="text-align: center;">pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert</p>
Es liegt folgende Pflegestufe vor: <b>(Pflegegutachten ist beigefügt)</b>	Es wurde ein Antrag auf Pflegestufe gestellt.

**Unterkunftskosten monatlich:**

Miete ohne Nebenkosten (sog. Kaltmiete):	Nebenkosten ohne Heiz- und Stromkosten:
--	---

**Einkommensverhältnisse:**

Hier sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert des Antragstellers / der Antragstellerin und der Haushaltsangehörigen anzugeben (z. B. Lohn, Renten, Pensionen, Kindergeld, Grundsicherung nach dem SGB II und SGB XII, Wohngeld, Krankengeld, Miet- und Pachteinnahmen, Unterhalt, Zinserträge, Sachbezüge, etc.).

Einkommensart	monatlicher Betrag	<u>Einkommensbezieher:</u> Antragsteller/in (AS) Ehegatte/in (EG) Lebenspartner/in (LP) Haushaltsangehörige/r (HA)

**Vom Einkommen ggf. abzusetzende Beträge:**

Absetzungsart	monatlicher Betrag
Haftpflichtversicherung	
Hausratversicherung	
Wohngebäudeversicherung	
Zertifizierte Altersvorsorge	
Lebensversicherung	
Bei Wohneigentum evtl. Zinsen für Baufinanzierung:	

**Vermögensverhältnisse:**

Hier sind alle vorhandenen Vermögensgegenstände anzugeben (z. B. Bargeld, Girokonten, Aktien, Sparbücher, Bausparverträge, Bestattungsvorsorgeverträge, Rentenversicherungen, Lebens- und Sterbegeldversicherungen, Forderungen aus Darlehen, etc.).

Vermögensart	Konto- bzw. Vertragsnummer	Betrag / Stand / Rückkaufwert (aktuell)	<u>Vermögensinhaber</u> Antragsteller/in (AS) Ehegatte/in (EG) Lebenspartner/in (LP) Haushaltsangehörige/r (HA)

**Grundbesitz bzw. Haus- oder Wohneigentum:**

Sind Sie, ihr/e (verstorbene/r) Ehegatte/in, ihr/e Lebenspartner/in Eigentümer/in von Grundbesitz bzw. Haus- oder Wohneigentum?	
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen:	<b>Nein</b>
Haus	Eigentumswohnung
Verkehrswert:	Baujahr:
Grundstücksgröße:	Wohnfläche:

**Eigentum an Kraftfahrzeugen:**

Sind Sie, ihr/e Ehegatte/in, ihr/e Lebenspartner/in Eigentümer/in eines Kraftfahrzeuges?		
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen und <u>Fahrzeugschein/Zulassungsbescheinigung</u> beifügen:	<b>Nein</b>	
PKW	Motorrad/Mofa	sonstiges Fahrzeug:
Hersteller:	Modell:	
Erstzulassung:	Kilometerstand:	

**Vermögensrechtliche / privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten:**

Haben Sie oder Ihr/e (verstorbene/r) Ehegatte/in in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, übertragen oder veräußert?		
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen:	<b>Nein</b>	
Grundvermögen	Geldvermögen	Versicherungen
Verschenkt / übertragen / veräußert an:	Verschenkt / übertragen / veräußert an:	Verschenkt / übertragen / veräußert an:
Übertragen am:	Übertragen am:	Übertragen am:
Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:	Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:	Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:

Besitzen Sie oder Ihr/e (verstorbene/r) Ehegatte/in Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen, oder Delikt (Unfall)?			
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen:			<b>Nein</b>
Wohnrecht	Nießbrauchsrecht	Recht auf Pflege	Leibrente

**Unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder, Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern, getrennt lebende/r Ehegatte/in, geschiedene/r Ehegatte/in – in und außerhalb des Haushaltes):**

Name / Geburtsname:	Vorname:	Name / Geburtsname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Anschrift:	Geburtsdatum:	Anschrift:
Verwandtschafts- verhältnis:	Beruf:	Verwandtschafts- verhältnis:	Beruf:

Name / Geburtsname:	Vorname:	Name / Geburtsname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Anschrift:	Geburtsdatum:	Anschrift:
Verwandtschafts- verhältnis:	Beruf:	Verwandtschafts- verhältnis:	Beruf:

<b>Antragsbegründung / welche Hilfen werden beantragt:</b>
--

### **Erklärung:**

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

**Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich nach §§ 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 Sozialhilfeträger zu Unrecht Aufwendungen getragen hat, wird die Rückforderung der zuviel gezahlten Sozialhilfe vorbehalten.

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

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift nachfragende Person bzw. gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)

## Einverständniserklärung

Ich, geb. am  
Krankenversicherungs-Nr.: erkläre mich damit  
einverstanden, dass die Kreisverwaltung Altenkirchen als zuständiger  
Sozialhilfeträger das sozialmedizinische Gutachten der Pflegekasse einsehen kann  
und gleichzeitig dem Sozialhilfeträger eine Kopie des Bescheides einschließlich des  
Gutachtens zugeleitet werden kann.

Altenkirchen, den

---

(Unterschrift Antragsteller/in; gesetzl.  
Betreuer/in; Bevollmächtigte/r)

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

- Vollmacht oder Betreuungsurkunde
- Schwerbehindertenausweis oder Bescheid hierzu
- Name und aktuelle Anschrift der Kinder
- Entscheidung der Pflegekasse über die Pflegestufe oder Nachweis über Beantragung von Leistungen
- Einkommensunterlagen
- Kontoauszüge der letzten 3 Monate
- aktuelle Versicherungsscheine über Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Bausparverträge
- Vermögensnachweise, z. B. Sparbücher, Bargeld, sonstiges Vermögen
- notarielle Verträge (z. B. Wohnrechte, Nießbrauchrechte, Übergabeverträge)
- nur bei Mietern: Mietvertrag
- nur bei Haus- und Grundbesitz: Grundbuchauszug, Lageplan, Grundrisszeichnungen, Wohnfläche, wirtschaftliche Belastungen
- Kostenaufstellung über die Bedarfsdeckung, z. B. Kostenvoranschlag Pflegedienst oder sonstiger Anbieter; bei privat erbrachten Hilfen Name und Anschrift der Privatperson und Preisvorstellung