

**Bezirk Niederbayern
-Sozialverwaltung-
Am Lurzenhof 15
84036 Landshut**

Az.

Antrag auf Gewährung von Leistungen

Leistung:	Ambulant Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> einschließlich Leistungen der Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt, sofern die Voraussetzungen hierfür gem. SGB XII gegeben sind.	
Einrichtung:	Diakonisches Werk Landshut e.V.	Ab wann:	
Begründung:			

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung des Antrages erforderlich. Nach §§ 60 SGB I ff sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, verarbeitet und für statistische Zwecke verwendet (§§ 67a ff. Sozialgesetzbuch X, §§121 ff. Sozialgesetzbuch -Zwölftes Buch-).

1. Persönliche Verhältnisse	a) des Leistungsberechtigten	b) des Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten bzw. der Eltern (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)	
		Ehegatte/Vater	Mutter
1.1 Familienname (ggf. auch Geburtsname und frühere Namen)			
1.2 Vorname(n)			
1.3 Geburtsdatum	geb. am	geb. am	geb. am
1.4 Geburtsort/Land			
		verst. am	verst. am
1.5 Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt lebend, verwitwet, geschieden)			
1.6 Staatsangehörigkeit			
1.7 PLZ/Wohnort			
1.8 Straße, Nr.			
1.8 Telefon (mit Vorwahl)			
1.9 Beruf			
1.10 Arbeitgeber			
1.11 Anschrift			
1.12 zuletzt ausgeübte Tätigkeit			
1.13 zuletzt krankenversichert bei freiwillig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vom bis	vom bis	vom bis
1.14 zuletzt rentenversichert bei	vom bis	vom bis	vom bis

2. Angehörige (Kinder, Eltern, gesch. Ehegatten, Lebenspartner, Lebensgefährte):

2.1 Familienname (ggf. auch Geburtsname)					
2.2 Vorname(n)					
2.3 Geburtsdatum					
2.4 Familienstand/Verwandschafts- verhältnis zum Antragsteller					
2.5 in Haushaltsgemeinschaft	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
2.6 PLZ/Wohnort					
2.7 Straße, Nr.					
2.8 Telefon (mit Vorwahl)					
2.9 Beruf/Staatsangehörigkeit					
2.10 Arbeitgeber/Rentenversiche- rungs-/Pensionsträger Selbständig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unbekannt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unbekannt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unbekannt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unbekannt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unbekannt
2.11 Krankenkasse					
2.12 Kind / Eltern: Jahresbrutto- einkommen über 100.000 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt

3. Sonstige Angaben

3.1 Besteht eine Betreuung ?	<input type="checkbox"/> ja, bitte Betreuerausweis vorlegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Betreuung beantragt am _____
Name und Anschrift des Betreuers: _____			
3.2 Wurde Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse beifügen!)		
3.3 Beihilfeanspruch des/der Leistungsberechtigten, seines Ehegatten oder seiner Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beihilfeberechtigter _____			
Beihilfestelle _____			
3.4 Dauernde Behinderung / Krankheit besteht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ursache: <input type="checkbox"/> angeborene Behinderung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte beilegen	
3.5 wesentlich sehbehindert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bezug von Blindengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.6 Werden jetzt oder wurden bereits früher Leistungen der Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge/ Grundsicherung bezogen? (Bitte Bescheide beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
vom _____ bis _____	Behörde: _____	Hilfeart: _____	
3.7 Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt? (z.B. Grundsicherung, Renten, Arbeitslosengeld, Kindergeld, Wohngeld, Blindengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Entschädigungen nach dem Opfer- entschädigungsgesetz, Bundesseuchengesetz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Datum, Behörde, AZ _____			
3.8 Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bitte Bescheide beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Wirtschaftliche Verhältnisse des Leistungsberechtigten, seines Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten bzw. bei ledigen minderjährigen Leistungsberechtigten der Eltern

4.1. Einkommensverhältnisse

Bitte aktuelle Nachweise beifügen

Nettoeinkommen monatlich (Arbeit, Renten, Zinsen, sonstiges)	a) des Leistungsberechtigten	b) - des Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) - der Eltern bei ledigen minderjährigen Leistungsberechtigten Ehegatte/Lebenspartner/ Lebensgefährte/Vater	Mutter
Art	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

Sofern keine Einkünfte erzielt wurden, bitten wir um Angabe, wovon der Lebensunterhalt sonst bestritten wurde.

4.2 Laufende Ausgaben (bitte Nachweise beifügen)

	Art, Betrag	Art, Betrag	Art, Betrag
a) Versicherungen (z.B. freiwillige Krankenversicherung, Haftpflicht, etc.)	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
b) Mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben (z.B. Fahrtkosten; bei Fahrten mit dem Pkw zur Arbeit bitte einfache Entfernung angeben!)	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

4.3 Besondere Belastungen (z.B. Krankheit, Behinderung, Unterstützung von Angehörigen, bitte Nachweise beifügen)

	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

4.4 Schulden (bitte Nachweise beifügen)

Gläubiger, Art des Schuldverhältnisses und Zeitpunkt der Schuldenufnahme	Zinsen mtl	Tilgung mtl.	derzeitige Restschuld
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

5. Vermögen (auch des Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten)

bitte Konto-, Depotauszüge, Versicherungspolicen bzw. andere aussagekräftige Unterlagen vorlegen!

	Konto-, Depot-Nr., Versicherungsnummer	Betrag	Bank, (Bau-)Sparkasse, Versicherung
5.1 Geld-/Sparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		€	
weiteres Geldguthaben / Bargeld →		€	
weiteres Geldguthaben / Bargeld →		€	
5.2 Anleihen, festver- zinsliche Wertpapiere <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		€	
5.3 Aktien, Fonds, Genossenschaftsanteile <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		€	
5.4 Private Renten-, Le- bens-, Sterbegeldversiche- rung, Bestattungsvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		Rückkaufswert €	
5.5 Erbansprüche, geld- werte Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	nähere Angaben		
	Art: Einfamilien-, Zweifami- lien-, Miethaus, Eigentums- wohnung, unbebautes Grundstück, Wald, Landwirt- schaft	Anschrift, Lage, Größe (bitte beifügen: Lageplan und Einheitswertbescheid in Kopie)	Eigentümer
5.6 Haus- und/oder Grundvermögen (auch ausländischer Grundbesitz) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
weiterer Grundbesitz →			
5.7 Sonstige Vermögens- werte (Kfz., etc.) →			
	abgegebener Vermögenswert (z.B. Geld-, Grundvermögen) bitte näher bezeichnen!	Datum der Vermögensabgabe	Empfänger des Vermögens (Name und Anschrift)
5.8 Schenkungen In den letzten 10 Jahren <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
Weitere Vermögensabga- be Grund, Art →			

5.9 Vertragliche Ansprüche aus (notariellem) Übergabe-, Überlassungs-, Schenkungsvertrag Bitte (notariellen) Vertrag vollständig in Kopie beifügen!			
Anspruch auf	Vertrag vom	Notariat, Urkunden-Nr.	Name, Anschrift des Verpflichteten
Wohnrecht, Wart und Pflege, Kost, Nießbrauch, Geldleistungen etc. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
weiterer Vertrag mit Austragsleistungen →			
Verzicht auf vertragliche Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			Name, Anschrift des Befreiten

5.10 Aufenthaltsverhältnisse des Leistungsberechtigten vor der Aufnahme in die Einrichtung

Maßgeblich ist der gewöhnliche Aufenthalt, dies ist der Ort, an dem man sich unmittelbar vor der Aufnahme in die Einrichtung nicht nur vorübergehend bzw. besuchsweise aufgehalten hat (in der Regel ist dies die letzte Wohnanschrift). **Bei mehreren Aufenthaltsorten vor Heimaufnahme bitte die genaue zeitliche Abfolge der Aufenthalte angeben!**

Wie lautet die letzte Wohnanschrift bzw. wo haben Sie sich in den letzten 2 Monaten vor Heimaufnahme tatsächlich aufgehalten →	
Es handelte sich um eine →	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung, eigenes Haus <input type="checkbox"/> Wohnung mit Wohnrecht <input type="checkbox"/> Mietwohnung; Miete → € <input type="checkbox"/>

5.11 Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz bzw. nach dem Soldatenversorgungsgesetz

Kriegsopfer/ Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> der Leistungsberechtigte <input type="checkbox"/> der Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährte des Leistungsberechtigten <input type="checkbox"/> der Vater/die Mutter des Leistungsberechtigten <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigtenrente des Versorgungsamtes wird gewährt (bitte Nachweis beifügen)	ist Kriegsbeschädigter
	<input type="checkbox"/> der Vater/die Mutter <input type="checkbox"/> das Kind <input type="checkbox"/> der Ehegatte/LP/LG <input type="checkbox"/> der frühere Ehegatte ist aufgrund von Kriegsereignissen <input type="checkbox"/> gefallen/ums Leben gekommen <input type="checkbox"/> vermisst <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenversorgung des Versorgungsamtes wird gewährt (bitte Nachweis beifügen)	

5.12 Beruflicher Werdegang (bitte die letzten Beschäftigungsverhältnisse angeben)

	<input type="checkbox"/> der Leistungsberechtigte <input type="checkbox"/> der Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährte	hat nie gearbeitet	
	von - bis	beschäftigt bei (Firma, Betrieb)	als (Tätigkeit bitte angeben)
des Leistungsberechtigten →			
→			
des Ehegatten/ Lebenspartners/ Lebensgefährten →			
→			

5.13 Weiterer früherer Ehegatte (wenn der Leistungsberechtigte mehrfach verheiratet war/bei Scheidung bitte Scheidungsurteil in Kopie beifügen)

	Vorname, Name ggf. aktuelle Anschrift	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit

6. Wohnverhältnisse des Leistungsberechtigten und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen:

6.1 Mietwohnung Untermieter Wohnfläche _____ qm

Miete mtl. _____ € (ohne Heizung oder Zuschläge für Garagen, Stellplätze, Möblierung, Untervermietung, etc)

Nebenkosten Nebenkosten mtl. _____ € (z.B. Wasser, Abwasser, Müll, Gemeinschaftsstrom)

Heizungskosten mtl. _____ €

6.2 Eigentumswohnung eigenes Haus freies Wohnrecht

monatlich anfallende Kosten (z.B. Grundsteuer, Gebühren, Schuldzinsen, Schuldentlastung) _____ €

6.3 Wohngeld wurde beantragt am _____ bei(m) _____

ist bewilligt in Höhe von mtl. _____ € bis einschließlich _____ €

7. Bankverbindung des/der Leistungsberechtigten

Bankinstitut	IBAN	BIC
Deutsche Bank AG	DE16 3704 0043 0000 0000 00	DBAGDEFF

8. Sonstiges:

Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de.

Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i. V. m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.

Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs.1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.bezirk-niederbayern.de abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ursuliniengässchen 537a, 84028 Landshut, Telefon: 0871/97512-575, E-Mail: datenschutz@bezirk-niederbayern.de erreichen können.

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialhilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Rente, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltssangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw., werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.
Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit - soweit für die Hilfegewährung erforderlich - Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalten, einzusehen sowie beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dort vorliegende Unterlagen anzufordern. Im Falle meiner Heimunterbringung bin ich damit einverstanden, dass mir die Heimverwaltung in allen Fragen der Sozialhilfegewährung behilflich ist. Insofern kann sich der Sozialhilfeträger auch direkt mit der Heimverwaltung in Verbindung setzen, um Daten bei mir erheben zu lassen.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DSGVO).

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Meine Angaben können ggf. durch einen Kontenabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i.V.m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFürsV erteilt

.....

**Unterschrift Leistungsberechtigter /
Betreuer/ gesetzlicher Vertreter**

**Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/
Lebensgefährte**