|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Der Oberbürgermeister  der Stadt Wuppertal | **Antrag auf**  **Sozialhilfe nach dem SGB XII** | **Hinweis:**  Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 67 a Sozialgesetzbuch (SGB) X in Verbindung mit den §§ 60 bis 65 SGB I. Für Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII erfolgt kein automatisierter Datenabgleich (§ 118 SGB XII). |  | **Ausgabedatum:**  17.06.2020  **Eingangsdatum:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Art der beantragten Hilfe: | |
| Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII  Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII  Hilfen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII (z.B. Hilfe zur Pflege) | |
| Anschrift: | Telefon: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A l l e P e r s o n e n i n d e r H a u s h a l t s g e m e i n s c h a f t :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr** | **Familienname, Vorname**  **auch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen** | | | | | | | Geschlecht | | | | | Geburtsdatum und  -ort | | | | | | | Familienstand  - ggf. seit wann - und Stellung zum Haushaltungsvor-stand | | | | | Staats-  angehörigkeit | | | bei Ausländern aufenthalts-  rechtlicher Status | |
| **1** | Haushaltungsvorstand | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **2** |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **3** |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **4** |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **5** |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **6** |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **7** |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
| **Sozialhilfe wird beantragt für die Personen** **Nr.:** | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | für alle Personen | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
| Schwerbehindertenausweis *(Merkzeichen „G" oder* | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
| *"aG“)* ist vorhanden/beantragt für PersonenNr.: | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | | Bitte Kopie beifügen | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | | | |
| Betreuung ist eingerichtet für die Personen Nr.: | | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | | Bitte Kopie der Bestallungsurkunde beifügen | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Aufenthaltsverhältnisse der Hilfesuchenden vor der Antragstellung** (*nur auszufüllen, wenn der Antrag im Zusammenhang mit einem Umzug/Aufenthaltswechsel gestellt wird)***:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Bisher wurde eine eigene Wohnung bewohnt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Bisher habe ich/haben die Pers.Nr. | | | | |  | | bei | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | gewohnt. |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Sozialhilfe habe ich/ haben wir bisher nicht erhalten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Sozialhilfe habe ich/haben die Pers.Nr. | | | | | |  | | | erhalten bis zum: | | | | | | | | | | | | von: | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Haben einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung in einer Einrichtung gelebt oder waren sie außerhalb der Einrichtung untergebracht und von der Einrichtung betreut worden? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Nein | | Ja (bitte Nachweise hierzu beifügen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sind alle oder einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung aus dem Ausland zugezogen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein | | | | | Ja, alle Antragsteller/innen sind zugezogen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja, einzelne Antragsteller/ innen sind zugezogen: | | | | | Datum der Einreise | | | | vorherige Anschrift , Geburtsort / -land, Ort des Grenzübertritts und Grund der Einreise | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Person Nr. | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Person Nr. | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Person Nr. | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Einkommen** *(bitte Nachweise beifügen)* | | |
|  | | | |
| **Anzugeben ist jede Art von Einkommen**, *z.B.* *Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Krankengeld, Renten, Kindergeld, Unterhaltsleistungen, Wohngeld, Naturalleistungen, Zuwendungen Dritter, freie Kost sowie Einkommen aus selbständiger bzw. nicht selbständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen oder Vermietung* | | | |
| **Nr.** | **Einkommensart** | **Betrag €** | **Zeitraum** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ansprüche und andere Forderungen** *(soweit nicht bereits als Einkommen angegeben - bitte Nachweise beifügen)* | | |
|  | | | |
| **Anzugeben sind alle Ansprüche und Forderungen,** *z.B.* *nach dem SGB III, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Unterhaltsvorschussgesetz, dem Unterhaltssicherungsgesetz oder dem Bundesausbildungsförderungsgesetz; auf Leistungen der Pflegeversicherung, auf Versorgungs- und Zugewinnausgleich, auf Kindergeld, auf Lohnzahlungen oder aus der Renten- oder Krankenversicherung sowie Erb- oder Schadenersatzansprüche und sonstige vertragliche Ansprüche* | | | |
| **Nr** | **Bezeichnung des Anspruchs bzw. der Forderung** | **Betrag €** | **Leistung**  **beantragt am** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Freiwillige Kranken- /Pflegeversicherungsbeiträge** *(bitte Nachweise beifügen)* | |
|  | | |
| **Nr** | **Name und Anschrift der Versicherung** | **Monatlicher**  **Beitrag €** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge** *(nach § 82 SGB XII - bitte Nachweise beifügen)* | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | |  | **Name:** | |  | **Name:** | |
| **Schlüsselzahlen (EIS):** | |  | **Betrag €** | **Zeitraum** |  | **Betrag €** | **Zeitraum** |
| 1. Hausratversicherung / 2. Glasbruchversicherung | |  |  |  |  |  |  |
| 456 Haftpflichtversicherung | |  |  |  |  |  |  |
| 463 Rentenversicherung | |  |  |  |  |  |  |
| 457 Sterbeversicherung | |  |  |  |  |  |  |
| 453 notwendige Beiträge für Berufsverbände | |  |  |  |  |  |  |
| **Sofern eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird:** | |  |  |  |  |  |  |
| 453 Aufwendungen für Arbeitsmittel | |  |  |  |  |  |  |
| 453 Kosten der Fahrkarte bzw. einfache Entfernungskilometer  (soweit nicht erstattet) | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vermögen** *(nach § 90 SGB XII - bitte Nachweise beifügen)* | |
|  | | |
| Hierzu gehören *insbesondere* Bargeld, Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Haus- und Wohnungseigentum (sonstiger Grundbesitz), Lebensversicherungen, vermögenswirksame Leistungen, sonstiges Vermögen, Kraftfahrzeuge usw. | | |
| **Nr** | **Art** | **Wert €** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?  Nein  Ja (bitte Sachverhalt darlegen) | | |
| Keine der hilfebegehrenden Personen ist Halter/Eigentümer eines Kraftfahrzeuges | | |
| Alle hilfebegehrenden Personen verfügen über keinerlei Vermögen. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Monatliche Kosten der Unterkunft**  *(nur bei Mietwohnungen auszufüllen\*)* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Grundmiete** | | | Betriebskostenvorauszahlung  (ohne Heizkosten) | **Vorauszahlungen** Zentralheizung | zu zahlen an (falls nicht an den Vermieter) | | **Vorauszahl. Einzelheizung**  **z.B. Gas-Circo, Nachtstrom** | | **Gesamtkosten**  **monatlich** |
| **€** | | | **€** | **€** |  | | **€** | | **€** |
| **Heizungsart** | |  |  | Die Wohnung ist | Wohnungsgröße  insgesamt | Jahr des Wohnungs-  bezuges | | **Wohngeld / Lastenzuschuss**  **monatlich** | |
| Zentralheizung | | 🡺 | mit ohne | öffentlich gefördert |  |  | |  | |
|  | |  | Warmwasserbereitung | frei finanziert | qm |  | | **€** | |
| Einzelöfen | | 🡺 | Energieart | Das Gebäude ist  ausgestattet mit | Die Wohnung liegt im | Letzte Renovierung | | **bewilligt bis:** | |
|  | |  |  | Aufzug | Geschoss |  | |  | |
|  | |  | Gas Strom Kohle Öl | Gemeinschafts- | Anzahl der Wohn- und Schlafräume: | Räume untervermietet? | |  | |
|  | | 🡺 | Sind alle Wohn- und  Schlafräume beheizbar? | waschmaschine |  | ja Anzahl | |  | |
|  | |  | ja nein |  |  | nein | |  | |
| \* Bei selbst genutztem **Haus- oder Wohnungseigentum** bitte eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen beifügen. | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Angehörige der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft** | | | | | | | |
|  | (geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten, Partner/innen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern, Kinder - auch aus früheren Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften -, Adoptivkinder) | | | | | | | |
| **Familienname, Vorname** | | | | **Geburtsdatum** | **Verwandtschafts-**  **verhältnis zum**  **Hilfesuchenden** | **Anschrift** | | **Unterhalts-**  **titel**  **ja/nein** |
|  | | | |  |  |  | |  |
|  | | | |  |  |  | |  |
|  | | | |  |  |  | |  |
|  | | | |  |  |  | |  |
|  | | | |  |  |  | |  |
|  | | | |  |  |  | |  |
|  | | | |  |  |  | |  |
| Ist Ihnen bekannt, ob eine oder mehrere der aufgeführten Personen über ein Einkommen von jährlich über 100.000 € verfügen ? | | | | | | | | |
|  | nein, nicht bekannt |  | keine Person verfügt über derartige Einkünfte | | | | ja, Name: | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Antragsbegründung sowie besondere (finanzielle) Belastungen** *(z.B. Miet- oder Energiekostenrückstände)* |
|  | |
| Ich bin/wir sind 65 Jahre alt bzw. älter als 65 Jahre | |
| Ich bin/Wir sind zwischen 18 und 65 Jahre alt und auf Dauer voll erwerbsunfähig | |
| Ich bin/Wir sind pflegebedürftig, die Leistungen der Pflegekasse reichen nicht aus | |
| Sonstige Begründung: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich /bitten wir zu überweisen**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| auf Konto:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BLZ\_     \_\_ Geldinstitut:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN: | D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIC: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontoinhaber/in (wenn nicht Hilfesuchende/r): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| an den/die Vermieter/in  an die Wuppertaler Stadtwerke AG  an die Krankenkasse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ich beauftrage/Wir beauftragen das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen/unseren Erben ge-genüber, überzahlte Beträge der hilfegewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir/uns - jedoch nicht von meinen/unseren Erben - bis zum 15. eines Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere/Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir wegen unvollstän-diger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB - ) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss/müssen. Ich bin/Wir sind verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbeson-dere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vor-übergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich/sind wir belehrt worden (§ 66 SGB I).

Sofern für mehrere Personen Leistungen nach dem SGB XII gewährt werden, sind wir damit einverstan-den, dass uns ein einheitlicher Bescheid erteilt wird.

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass ein *„Merkblatt zur allgemeinen Information über Sozialhilfe nach dem SGB XII “* ausgehändigt wurde.

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass ich/wir ein „*Merkblatt zur Information nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bei Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person“* erhalten habe/n.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hilfesuchende/r oder gesetzliche/r Vertreter/in | Ehegatte | Aufgenommen durch: |