

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Absender

Landratsamt Zwickau
Sozialamt
Werdauer Straße 62
08056 Zwickau

**Antrag auf Leistungen
nach dem
Sozialgesetzbuch XII,
Asylbewerberleistungsgesetz und
dem Bundesversorgungsgesetz**

Firma/Einrichtung/Verein

Träger

Ansprechpartner

Anschrift

Vorname

Nachname

PLZ

Ort

Land

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

Faxnummer

Homepage

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

	Tag der Antragstellung:	Eingangsstempel
	Az:	

Antrag auf Leistungen

Hinweis: Die Datenerhebung erfolgt gemäß SächsDSG i.V.m. Zweites Kapitel Sozialgesetzbuch X - Sozialdatenschutz.

zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel Sozialgesetzbuch XII - SGBXII -)
 zur Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)
 auf Sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)
 nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Gründe: (Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen - ggf. auf einem gesonderten Blatt)

I. Persönliche Verhältnisse

(Tel.: freiwillige Angabe)

	1 Nachfragende Person	2 Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in)/ bei minderjährigen Leistungsberechtigten Angaben über Vater und Mutter			
Name, ggf. Geburtsname <small>(Kopie des Personalausweises beifügen, wenn der Antrag auf dem Postweg eingereicht wird.)</small>					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
PLZ/Wohnort					
Straße/Hausnr.					
Familienstand <small>(ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)</small>	Seit	Seit	Seit	Seit	
Bei Scheidung - Datum des Urteils <small>Nachweise beilegen</small>					
Unterhaltsregelungen/ Vaterschaftsanerkennung <small>Nachweise beilegen</small>	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	
Staatsangehörigkeit					
Ausweisdokument					
Nummer des Ausweisdokuments					
In Deutschland lebend seit der Geburt (oder Einreisejahr)	Ja Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ja Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ja Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ja Nein <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Ausländerrechtlicher Status					
Aussiedler/Spätaussiedler	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	
Schwerbehindertenausweis <small>(Kopie)</small>	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	
Vormund/Betreuer	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	
Wenn ja, bitte Anschrift des Vormunds/ Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen					

Antrag auf Leistungen
Stand 07/2018

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Lebt die nachfragende Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft? Ja Nein

Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII). Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn sie als auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau oder gleichgeschlechtlichen Partnern über eine reine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgeht und sich im Sinne einer Verantwortungs- Einstehungsgemeinschaft durch innere Bindungen auszeichnet.

II. Persönliche Verhältnisse weiterer im Haushalt lebender Personen

	3.	4.	5.	6.	7.
Name, ggf. Geburtsname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)	Seit	Seit	Seit	Seit	Seit
Persönliche Stellung zur nachfragenden Person					
Staatsangehörigkeit					
Ausländerrechtlicher Status					

III. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

1. Besitzt einer der unter I. eingetragenen Personen einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "G" oder "aG"? Wenn ja, bitte den Ausweis in Kopie beifügen.	Nein	Ja, und zwar
Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen.	Nein	Ja, und zwar
2. Ist eine unter I. eingetragene Person schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterpass/ ein ärztliches Attest beifügen.	Nein	Ja, und zwar
3. Benötigt eine der unter I. eingetragenen Personen eine kostenaufwendige Ernährung? Wenn ja, bitte - Anlage 7 - ausgefüllt beifügen.	Nein	Ja, und zwar

IV. Kranken- und Pflegeversicherung

Nachfragende Person		Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in)	
Name und Anschrift der Krankenkasse		Name und Anschrift der Krankenkasse	
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine Pflichtversicherung Freiwillige Versicherung		Es handelt sich um eine Pflichtversicherung Freiwillige Versicherung	

Antrag auf Leistungen
Stand 07/2018

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

Pflichtversicherter	Familienversicherung beim Pflichtversicherten	Familienversicherung beim Pflichtversicherten
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Name und Anschrift der Krankenkasse		

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

3	4	5	6	7
nachfragende Person				
eigene Versicherung				

Name und Anschrift der Krankenkasse

--	--	--	--	--

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich als Haushaltsvorstand folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner/ zu unserer Krankenkasse:

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

V. Wohnverhältnisse

Miet-/ mietähnlich nutzungsberechtigte Personen		Anzahl der Personen	Wohnungs-/ Hauseigentümer		
Mietwohnung	Mietvertrag und letzte vollständige Betriebskostenabrechnung bitte beifügen.		Hauslastenermittlung	Siehe Anlage A5 Bitte ausgefüllt beifügen.	
Möbliertes Zimmer/ Betreutes Wohnen	Mietvertrag bitte beifügen		Wohnung	Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus
Heizungsart	Sammelheizung	Einzelheizung	Heizungsart	Sammelheizung	Einzelheizung
Brennstoffart	Fernwärme	Kohle	Brennstoffart	Fernwärme	Kohle
	Gas/Öl	Strom		Gas/Öl	Strom
inklusive Kochfeuerung	Ja	Nein	inklusive Kochfeuerung	Ja	Nein
inklusive Warmwasser	Ja	Nein			
Wohngeld beantragt	Ja	Nein	Lastenzuschuss beantragt	Ja	Nein
Wohngeldnummer			Wohngeldnummer		
Wohngeld bewilligt in Höhe von:		€	Lastenzuschuss bewilligt in Höhe von:		€
Anschrift des Vermieters:					

VI. Einkommen

Bitte Nachweise beifügen.

Es sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. **Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Kontoauszüge der letzten 6 Monate lückenlos** (Bei Ausgabebuchungen, die durch § 67 Abs. 12 SGB X besonders geschützte Daten enthalten, können Verwendungszweck und Empfänger geschwärzt werden), **Verdienstabrechnungen, etc.** . Bitte auch angeben, wenn eine Leistung beantragt wird/ wurde.

Art des Einkommens	Nachfragende Person	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte (in)	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6	Person 7
Arbeitseinkommen *)							
Unterhalt							
Unterhaltsvorschuss							
BAföG-Leistungen							
Arbeitslosengeld I							
Arbeitslosengeld II							

Antrag auf Leistungen
Stand 07/2018

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Art des Einkommens	Nachfragende Person	Ehe-/Lebenspartner(in), Lebensgefährte(in)	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6	Person 7
Sozialgeld							
Insolvenzgeld							
Berufsausbildungsbeihilfe							
Krankengeld							
Mutterschaftsgeld							
Altersrente							
Erwerbsminderungsrente							
Witwen-/ Witwerrente							
Andere Rentenart (z.B. Waisenrente, Betriebsrente, Auslandsrente, sonstige Rente)							
Betrag							
Pensionen							
Verletztengeld							
Kindergeld							
Versorgungsleistungen nach Bundesversorgungsgesetz							
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz							
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)							
Miet- und Pachteinnahmen							
Elterngeld							
Sonstige Einkommen							

Antrag auf Leistungen
Stand 07/2018

*) Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere die Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus selbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.

Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu. freie Verpflegung	Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu: freie Unterkunft/ Wohnung sonstige Sachbezüge, nämlich
--	--

Art des Sachbezuges, begünstigte Person, monatlicher Wert (ggf. Schätzwert) des Sachbezuges

VII. Besondere Belastungen

Bitte Nachweise der aktuellen Beitragsfestsetzung beifügen.

Hausratversicherung	€	Staatlich geförderte (zertifizierte) Rentenversicherung	€
Haftpflichtversicherung	€	Mit der Erzielung von Erwerbseinkommen verbund. Belastungen (Arbeitsmittel, Fahrtkosten, Beiträge Berufsverbände, Mehraufwendungen, doppelte Haushaltsführung)	€
		Sonstige Belastungen	€

VIII. Angaben zum Vermögen

Girokonto Bargeld Sparguthaben Anlagevermögen Sonstige Vermögenswerte	Siehe Anlage A1 (Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen)			
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, verschenkt oder übergeben?		Ja	Nein	
Wann:	An wen:	Wert:	€	

IX. Angehörige 1. Grades außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(weitere Kinder bitte auf einem extra Blatt)

	Vater	Mutter	Ehegatte, Lebenspartner (außer geschiedene)	1. Kind	2. Kind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, verpartnert)					
Ausgeübte Tätigkeit/ Arbeitgeber					
PLZ/Wohnort					
Straße/Hausnr.					

X. Bei Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auszufüllen

Verfügt eines Ihrer Kinder/ Verfügt ein Elternteil oder beide Eltern vermutlich über ein erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)?

Nein

Ja (Wenn Sie "Ja" angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adresse an).

Familienname, Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ/Wohnort	
Straße/Hausnr.	

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Antrag auf Leistungen
Stand 07/2018

XI. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

Beziehen Sie Leistungen vom Kommunalen Sozialverband Sachsen Leipzig (KSV) oder wurden Leistungen beantragt?	Ja	Nein
--	----	------

Bereits Sozialhilfe bezogen?	Nein Ja	Zeitraum:		Stadt/ Gemeinde	
------------------------------	------------	-----------	--	--------------------	--

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor Beantragung der Hilfe/ Heimaufnahme:

von	bis	Anschrift

Bitte bachten Sie folgende Hinweise!

Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 1. Buch)

Für den Zeitraum Ihres Leistungsbezuges sind Sie verpflichtet, dem Träger der Hilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen insbesondere Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen. Sie sind angehalten, jegliche Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) anzuzeigen.

Hat der Träger der Sozialhilfe Leistungen zu erbringen, obwohl Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. Unterhalt, Schenkungen, andere Sozialleistungen) bestehen, geht der Anspruch in Höhe der Leistungen auf den Träger der Sozialhilfe über, ggf. kann der Anspruchsübergang bewirkt werden.

Gemäß § 67 Abs. 12 SGB X sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit und Sexualleben besondere Arten von persönlichen Daten. Bei Kontoauszügen mit Ausgabebuchungen, die solche Daten enthalten, können Verwendungszweck und Empfänger geschwärzt werden.

Erklärung der/des Antragsteller/s

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung wurde ich hinreichend belehrt (Merkblatt wurde ausgehändigt). Mir ist bekannt, dass ich mich wegen wesentlicher falscher bzw. unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen sowie zur Offenbarung personenbezogener Daten (§ 67 Sozialgesetzbuch 10. Buch), soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.
Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich erhalten.

Zustellungsvollmacht/Bekanntgabevollmacht

Bis auf Widerruf bitte ich Sie, alle für mich bestimmten Schriftstücke an folgende Personen auszuhändigen bzw. zu übersenden:

Frau/Herr		Frau/Herr	
PLZ/ Wohnort		PLZ/ Wohnort	
Straße/ Nr.		Straße/ Nr.	
Tel. (freiwillige Angabe)		Tel. (freiwillige Angabe)	

Bankverbindung

Die mir gewährten Leistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Name Kreditinstitut		Name Kontoinhaber	
IBAN		BIC	

Zur Zeit besteht noch keine Möglichkeit für eine rechtssichere digitale Unterschrift. Daher müssen Sie das vollständig ausgefüllte Formular ausdrucken und unterschrieben per Post oder persönlich abgeben.

Aufgenommen am:
Aufgenommen durch:

Unterschrift der nachfragenden Person/
des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Ehegatten/
Lebenspartners/ Lebensgefährten

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Antrag auf Leistungen
Stand 07/2018

Datenschutzinformation

zum Antrag/Verfahren auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

- Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Erhebung beim Betroffenen

- Art. 14 DSGVO Erhebung bei anderen Stellen oder Dritten

1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Der Landkreis Zwickau verarbeitet (insbesondere erhebt, übermittelt und speichert) Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines Antrages/Verfahrens auf Leistungen nach dem SGB XII – Sozialhilfe -.

2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist

Landkreis Zwickau, Landratsamt
Postfach 10 01 76, 08067 Zwickau
Sozialamt
E-Mail: sozialamt@landkreis-zwickau.de
0375 4402-0

3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landkreis Zwickau, Landratsamt
Postfach 10 01 76, 08067 Zwickau
Datenschutzbeauftragte/r
E-Mail: datenschutz@landkreis-zwickau.de
Tel.: 0375/4402-0

4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

a) Zwecke der Verarbeitung:

Ihre Daten werden erhoben, um über Ihren geltend gemachten Leistungsanspruch auf Leistungen nach dem SGB XII rechtskonform entscheiden zu können.

b) Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 DSGVO in Verbindung mit dem SGB XII und Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verarbeitet.

5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an

- im Zweiten Kapitel des SGB X genannte Stellen (gesetzliche Übermittlungsbefugnisse)
- mit der Abwicklung der Zahlung befasste Stellen innerhalb des Landkreises Zwickau, insbesondere die Kreiskasse
- mit der Erbringung von Sozialleistungen beauftragte Dritte, insbesondere Pflegedienste, Pflegeheime, Leistungserbringer der Behindertenhilfe, sonstige Leistungserbringer
- von der Erbringung von Sozialleistungen betroffene Dritte, insbesondere Schulen, weitere Kinder- sowie Bildungseinrichtungen, Essenanbieter, Vereine
- mit der Begutachtung beauftragte Dritte, insbesondere Gesundheitsämter, Rentenversicherungsträger, Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- zuständige Prüf- und Aufsichtsbehörde

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Ihre Daten werden nicht an Drittstaaten übermittelt.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Landkreis Zwickau so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Akten zu Leistungen nach dem SGB XII gemäß Aktenplan erforderlich ist, in der Regel 10 Jahre nach Abschluss des Aktenvorganges.

8. Betroffenenrechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Sächsischen Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten durch den Landkreis Zwickau durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Sie sind verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem SGB XII i. V. m. SGB I und SGB X.

Der Landkreis Zwickau benötigt Ihre Daten, um Leistungen nach dem SGB XII bearbeiten und über diese entscheiden zu können.

Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden und Leistungen nach dem SGB XII werden versagt/abgelehnt.

11. Möglichkeit der Datenerhebung bei anderen Stellen oder Dritten - Quelle der Daten

Unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels SGB X, insbesondere § 67a SGB X können wir die sich aus dem Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII ergebenden erforderlichen Daten auch bei den in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) oder in § 69 Absatz 2 SGB X genannten Stellen oder bei anderen Personen oder Stellen erheben.