

**Bezirk Mittelfranken  
-Sozialreferat-  
Danziger Str. 5  
91522 Ansbach**

Die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der geforderten Daten und Auskünfte erfolgt im Rahmen der Bestimmungen des Art.15 Abs.1 und Art.16 Bayerisches Datenschutzgesetz (BayDSG) i. V. m. §§ 67 ff Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X).

falls bekannt, Az:

## Antrag auf Gewährung von Hilfe

Gewünschte Hilfe: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ab wann: \_\_\_\_\_

Begründung (bei stationärer Hilfe, warum ambulante od. teilstationäre Hilfe nicht ausreichend ist): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Gemäß §§ 60 ff, SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 9 Abs. 1 BDSG).

### Unzutreffendes ist zu streichen!

<b>1. Persönliche Verhältnisse</b>	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) bzw. des Lebenspartners und bei <b>minderjährigen</b> nachfr. Personen der Eltern	
Name (ggf. auch Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum	geb. am		
	in		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <b>seit</b>		
Staatsangehörigkeit/ ausländerrechtl. Status			
In Deutschland lebend seit Geburt falls <b>nein</b> , Jahr des Zuzugs	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein
PLZ, Wohnort			
Straße, Nr.			
Telefon			
Beruf			
Arbeitgeber			
zuletzt <b>krankenversichert</b> bei (Mitgliedsnr.)			
	vom      bis	vom      bis	vom      bis
zuletzt <b>rentenversichert</b> bei			
	vom      bis	vom      bis	vom      bis

**2. Sonstige Personen, mit denen die nachfragende Person noch in Haushaltsgemeinschaft (auch Lebensgefährte/in) lebt:**

Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand/Verwandschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde				
Krankenkasse				
Höhe des Einkommens (mtl. netto)				

**3. Sonstige Angehörige der nachfragenden Person außerhalb der Haushaltsgemeinschaft: (ehelich/nichtehelich/ehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)**

Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand/Verwandschaftsverhältnis zur nachfragenden Person	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/
PLZ, Wohnort				
Straße, Nr.				
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde				
Krankenkasse				

**4. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (und Nebengesetzen)**

(ggf. Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen!)

a) Haben die nachfragende Person oder deren im folgenden genannten Angehörige Schädigungen erlitten

- durch Kriegseinwirkung (Bundesversorgungsgesetz),
- im militärischen Dienst der Bundeswehr (Soldatenversorgungsgesetz) oder
- bei Ausübung des Zivildienstes (Zivildienstgesetz)?

nein  ja falls ja,

Nachfragende Person	G.d.B. _____ v.H.
Ehegatte	G.d.B. _____ v.H.
Elternteil _____ (Name)	G.d.B. _____ v.H.

b) Sind Angehörige der nachfragenden Person

- durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst (Bundesversorgungsgesetz),
- an Kriegsleiden verstorben (Bundesversorgungsgesetz),
- im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben (Soldatenversorgungsgesetz), oder
- bei der Ausübung des Zivildienstes verstorben (Zivildienstgesetz)?

nein  ja falls ja,

Ehegatten	(bei Wiederverheiratung auch früherer Ehegatte)	_____
		(Name, Geburtsdatum)
Kinder	(ehelich, für ehel. erklärte, adoptierte, nichtehel. Stief-Pflegekinder, Enkel)	_____
		(Name, Geburtsdatum)
Elternteil		_____
		(Name, Geburtsdatum)

## 5. Sonstige Angaben

- a) Wurde für die nachfragende Person eine Betreuung verfügt oder beantragt bzw. besteht Vollmacht?  
 nein  ja  Amtsgericht

falls ja, Name u. Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten:

(bitte Kopie des **Betreuerausweises** vorlegen) \_\_\_\_\_

- b) Frühere Ehegatten der nachfragenden Person (soweit nicht bereits unter Nr. 1 angegeben)  
(Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag) \_\_\_\_\_

- c) Soweit Ehe(n) geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde(n) bzw. die Ehegatten getrennt leben:  
Urteil des Land-/Familiengerichts in \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_  
(Scheidungsurteil, Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen)

- d) Beihilfeanspruch der nachfragenden Person, des Ehegatten oder der Eltern  ja  nein  
(aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)  
Beihilfeberechtigter \_\_\_\_\_  
Beihilfe gewährende Stelle \_\_\_\_\_

- e) Dauernde Behinderung, Krankheit besteht  ja  nein  
Ursache (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit) \_\_\_\_\_

- f) Hat die nachfragende Person einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein  
(falls ja, bitte Kopie beifügen)  
Hat deren Ehegatte, bzw. Lebenspartner einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein  
(falls ja, bitte Kopie beifügen)

- g) Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen?  ja  nein  
vom \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ Behörde: \_\_\_\_\_ Hilfeart: \_\_\_\_\_

- h) Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt?  ja  nein  
(z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rehabilitationsleistungen)  
\_\_\_\_\_  
(Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen)

- i) Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide beifügen)  ja  nein

- j) Pflegeversicherung:  
Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
Leistungsbescheid liegt vor:  ja, Pflegegrad \_\_\_\_\_ (Leistungsbescheid beifügen. Bei keiner Einstufung MDK-Gutachten unterschrieben beifügen)  
 nein Antrag auf Leistung bereits gestellt?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

## 6. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

- a) Datum der Einrichtungsaufnahme: \_\_\_\_\_  
b) derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_  
c) tatsächliche Aufenthaltsorte (polizeiliche Meldung nicht ausschlaggebend) während der letzten 6 Monate **vor der Aufnahme** in die Einrichtung (ggf. gesondertes Blatt beifügen)

- d) bei Übertritt aus dem Ausland, Datum und Ort des Grenzübertritts: \_\_\_\_\_

**Wirtschaftliche Verhältnisse der nachfragenden Person, deren Ehegatte bzw. Lebenspartner; sowie bei ledigen minderjährigen nachfragenden Personen der Eltern.**

**1. Einkommensarten**

<b>Schlüsselszahlen für Einkommen</b> <b>1) Tätigkeit</b> 0110 Eink./Selbständiger 0111 Eink./Landw.-Forstw. 0120 Eink./unselbst. Tät. 0121 Leihl. Vergütung 0122 Urlaubsgeld 1/12 0123 Urlaubsgeld Einzelf. 0125 Weihnachtsgeld 1/12 0126 Weihnachtsgeld -indiv. 9128 Erst.LSt.-KiSt. 1/12 0129 Erst.LSt.-KiSt. indiv. 0130 Krankengeld 0140 Schlechtwettergeld 0150 ALG 0160 ALG II 0170 Übergangsgeld 0180 Konkursausfallgeld 0190 Kurzarbeitergeld 0191 Eingl. Geld 0196 Mutterschaftsgeld	<b>2) Gesetzliche Rentenversicherung</b> 0210 Rente wg. teilweiser Erwerbsminderung 0220 Rente wg. voller Erwerbsminderung 0230 Altersrente 0240 Ww.Rente 0241 Waisenrente 0250 Unfallrente 0255 Knappsch. Rente 0260 Österr. Rente 0270 ausländ. Rente  <b>3) Versorgung (BVG, HHG, SVG, OEG)</b> 0310 BVG-Grundrente 30% 0311 BVG-Grundrente 40% 0312 BVG-Grundrente 50% 0318 BVG-Ausgl.Rente 0319 BVG-Ausgl. Rente 0319 BVG-Berufssch.Ausgl 0320 BVG-Pflegezulage mA. 0321 BVG-Führungszulage 0322 BVG-Kleiderversch. 0323 BVG-Schwerstbeh. Zul. 0330 BVG-Elternteilrente 0331 BVG-Elternr. f. Paare	0332 BVG-Schadensausgl. 0333 BVG-Ws- Ausgl.Rente 0340 sonst. BVG-Rente  <b>4) Lastenausgleich</b> 0410 UH-LAG 0420 Entsch. Rente-LAG  <b>5) Öffentlicher Dienst</b> 0510 Pension 0520 Witwengeld (öD) 0530 Waisengeld (öD)  <b>6) rentenähnliche Leistungen</b> 0610 betriebl. Zuwendungen 0620 Betriebszusatzrente 0630 Leibrente, Leibgeding 0640 Altersgeld für Landwirte 0650 Entsch. Rente-OEG 0651 Entsch. Rente-OEG 0660 Unterhalt- Geldleist. 0661 Unterhalt- Sachleist. 0870 Hilfswerk f. beh. Kinder	<b>7) sonst. Leistungen</b> 0710 Kindergeld 0711 KGZ 0712 Kinderzuschuss Rent. 0720 UVG-Leistungen 0730 USG-Leistungen 0740 Bafög-Leistungen 0750 Blindengeld  <b>8) Einkommen aus Vermögen</b> 0810 Zinseinnahmen 0811 Vermögensertrag 0820 Mieteinnahmen 0821 Pachteinahmen  <b>9) sonst. Einkommen</b> 0910 bes. Mietzuschuss 0911 Wohngeld- nicht pauschal. 0912 Lastenzuschuss-WoGG 0950 sonst. Einnahmen
--	--	--	---

Nettoeinkommen mtl.	a) der nachfragenden Person		b) des Ehegatten(auch wenn geschieden oder getrennt lebend) Bei minderjährigen nachfragenden Personen (hier Angaben über die Eltern)	
			Ehegatte/Vater	Mutter
Entsprechende Schlüsselzahl	/	€	/	€
vor den Einkommensbetrag schreiben!	/	€	/	€
<b>Nachweise beilegen!</b>	/	€	/	€
	/	€	/	€
	/	€	/	€
	/	€	/	€

**Sollte kein Einkommen oder sonstige Einkünfte erzielt worden sein, bitten wir um Bekanntgabe, wovon der Lebensunterhalt bestritten wurde!**

**2. Laufende Ausgaben (bitte belegen!)**

	€	€	€
a) Versicherungen (z.B. Haftpflicht-, Lebens-versich., Sterbegeldvers. freiwillige Krankenversicherung)			
b) Mit der Erzielung des Einkommens verb. Ausgaben (z.B. KM zum Arbeitsplatz)			

**3. Besondere Belastungen (z.B. Schulden, Krankheit, Unterstützung von Angehörigen) (bitte belegen!)**


**4. Vermögensverhältnisse (bitte belegen!)**

**a) bewegliches Vermögen**

	bei	bei	bei
Spar- u. Bankguthaben, Sparverträge, Sparbriefe, Girokonto, Bausparvertrag	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
sonstiges Vermögen (z.B. Wertpapiere, Bargeld Kfz)	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
<b>Bestehen Lebens- und/oder Sterbegeldversicherungen (auch beitragsfreie)?</b>	Art	Art	Art
	€	€	€

#### 4b) unbewegliches Vermögen (Haus- und Grundvermögen)

nein  ja (bitte belegen und folgende Angaben machen)

<input type="checkbox"/> Wohnhaus (Zahl der Wohnungen) _____	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnungen	<input type="checkbox"/> gewerblich genutztes Grundstück
Eigentümer _____	Anteil _____ v.H.	Einheitswert _____ €
Gesch. Verkehrswert _____ €	Baujahr _____	Grundstücksfl. _____ Flur-Nr. _____
Gemarkung _____		
derzeitige Nutzung _____		
<input type="checkbox"/> sonst. Grundbesitz insg. _____ ha	davon Bauland _____ qm	Bauerwartungsland _____ qm
Eigentümer _____	Anteil _____ v.H.	Einheitswert _____ €
gesch. Verkehrswert _____ €	Flur-Nr. _____	Gemarkung _____
derzeitige Nutzung _____		
Ansprüche auf Grundvermögen im Gebiet der ehemaligen DDR		
<input type="checkbox"/> Art: _____		

#### 5. Wohnverhältnisse der nachfragenden Person u. d. in Hausgemeinschaft lebenden Personen

a)  Mietwohnung  Untermieter  Mietfrei      Miete mtl. € \_\_\_\_\_ (ohne Nebenkosten)  
Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Gebühren) monatlich € \_\_\_\_\_ (bitte belegen)  
Heizkosten monatlich € \_\_\_\_\_  
wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt  ja  nein

b)  Eigentumswohnung  eigenes Haus  freies Wohnrecht  
monatlich anfallende Kosten z.B. Schuldzinsen, Schuldtilgung € \_\_\_\_\_  
Grundsteuer, Gebühren € \_\_\_\_\_

c) Wohngeld wurde beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
oder Wohngeld ist bewilligt mit monatlich € \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_

#### 6. Vermögensabgabe

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z.B. Haus oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?  
 nein  ja

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
Empfänger, Anschrift: \_\_\_\_\_  
Grund, Anlaß: \_\_\_\_\_  
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

#### 7. Bestehen Ansprüche o. Rechte gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Darlehensrückzahlungsansprüche, Ansprüche aus Erbschaft)?

nein  ja      Art: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_  
Verpflichteter, Anschrift \_\_\_\_\_  
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

#### 8. Bestehen Kranken(haus)tagegeldversicherungen?

nein  ja      Art, Höhe \_\_\_\_\_

**Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe 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 Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfgewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

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 Personen selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 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 betroffenen der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von einem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFörsV erteilt.

Sonstige Angaben:

Geldleistungen können gezahlt werden auf:

IBAN

Bankinstitut

BIC

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw.  
seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

**Außerdem ermächtige ich den Bezirk Mittelfranken zur Prüfung eines eventuellen Rentenanspruchs beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Versicherungsverlauf anzufordern; sowie einen evtl. Wohngeldantrag zu stellen.**

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw.  
seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

- a) Der Antrag auf Hilfe ist hier am \_\_\_\_\_ aufgenommen worden oder eingegangen. Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

- b) Mit \_\_\_\_\_ Belegen am \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_

weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift