

Landratsamt Kyffhäuserkreis  
Sozialamt  
Markt 8  
99706 Sondershausen

Sachbearbeiter/in:		ausgegeben am:	
Aktenzeichen:		Eingangsstempel:	

## Antrag auf Sozialhilfe / Eingliederungshilfe

Für \_\_\_\_\_ wird

Sozialhilfe nach dem SGB XII in Form von

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt                        | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege      | <input type="checkbox"/> Hilfe in anderen Lebenslagen                              |

Eingliederungshilfe nach dem SGB IX in Form von

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lstg. zur medizinischen Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Lstg. zur Teilhabe an Bildung |
| <input type="checkbox"/> Lstg. zur Teilhabe am Arbeitsleben     | <input type="checkbox"/> Lstg. zur Sozialen Teilhabe   |

**beantragt.**

Begründung des Antrages, Ursache der Notlage (ggf. weiteres Blatt benutzen):

**Füllen Sie den Vordruck bitte mit "ja" und "nein" vollständig aus, Streichungen sind nicht ausreichend ! Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen!**

Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person auf der letzten Seite zu bestätigen.

### I. Persönliche Verhältnisse

	I. 1 Antragsteller/-in	I. 2	I. 3
		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ (Art der Beziehung z. Antragsteller)
1. Name, Vorname			
2. ggf. Geburtsname			
3. Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
4. Geburtsdatum			
5. Geburtsort/Kreis			
6. Anschrift: Straße, Hausnummer, Ortsteil, PLZ, Ort Telefon e-Mail-Adresse			
7. Ausweispapiere (Art & Nr.) / bei Spät- aussiedlern Vertriebenen- ausweis (bitte Kopie beifügen)			
8. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
wenn geschieden: Gericht, Datum und Az. des Urteils, Unterhaltsregelung getroffen? (bitte Kopie des Urteils beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	I. 1	I. 2	I. 3
9. Längerer Aufenthalt im Ausland mit Erwerbstätigkeit?	<input type="checkbox"/> ja (auf separatem Blatt aufschl.) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (auf separatem Blatt aufschl.) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (auf separatem Blatt aufschl.) <input type="checkbox"/> nein
10. Staatsangehörigkeit			
11. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status			
12. derzeitige Beschäftigung			
13. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift)			
14. falls arbeitslos, seit wann ?			
15. bei nicht arbeitslos gemeldeten Nichterwerbstätigen Grund:			
16. Schwerbehindertenausweis bzw. Feststellungsbescheid gültig bis: Grad der Behinderung:  Merkzeichen:  Antrag gestellt ?	_____ _____  <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____  <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____  <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GI  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. gesetzliche/r Betreuer/in/Bevollmächtigte/r: Name: Anschrift: PLZ, Ort: Telefon/E-Mail: (Kopie Ausweis/Vollmacht beifügen)			
18. Pflegegrad; Pflegekasse; Vers.Nr.: MdK Gutachten (falls vorhand.)			

## II. Weitere Personen im Haushalt

**Außer** der antragstellenden Person und den unter I aufgeführten Personen leben noch folgende Familienangehörige (Eltern, Kinder, Geschwister usw.) und weitere Personen im **gemeinsamen** Haushalt:

	II. 1	II. 2	II. 3	II. 4
1. Name, Vorname				
2. Geburtsname				
3. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich
4. Geburtsdatum				
5. Geburtsort/Kreis				
6. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.
7. Verwandtschaftsverhältnis/ Stellung z. Antragsteller/in				
8. Staatsangehörigkeit				
9. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtl. Status				
10. Schulabschluss Berufsabschluss				

	II. 1	II. 2	II. 3	II. 4
11. derzeitige Beschäftigung				
12. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift)				
13. falls arbeitslos, seit wann?				
14. bei nicht arbeitslos gemeldeten Nichterwerbstätigen: Grund				
15. Schwerbehindertenausweis gültig bis:				
Grad der Behinderung:				
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Gl	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Gl	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Gl	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Gl
Antrag gestellt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. - erlernter Beruf - derzeit ausgeübter Beruf				
- liegt das Jahresbrutto- einkommen über 100.000 EUR?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### III. Angehörige außerhalb des Haushaltes

(getrennt lebende/r oder geschiedene/r Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/in, Kinder, Eltern):  
(falls Platz nicht ausreichend, bitte auf gesondertem Blatt fortfahren)

	III. 1	III.2	III. 3	III. 4
Name, Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum / Geburtsort				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheir. <input type="checkbox"/> verwit. <input type="checkbox"/> geschied. <input type="checkbox"/> getr. leb.
Verwandtschafts- verhältnis (zu Antrag- steller/in)	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> leibl./adopt. Kind <input type="checkbox"/> getr./gesch. Ehegatte/in	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> leibl./adopt. Kind <input type="checkbox"/> getr./gesch. Ehegatte/in	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> leibl./adopt. Kind <input type="checkbox"/> getr./gesch. Ehegatte/in	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> leibl./adopt. Kind <input type="checkbox"/> getr./gesch. Ehegatte/in
Anschrift (letzte bekannte)				
- erlernter Beruf - derzeit ausgeübter Beruf - liegt das Jahresbrutto- einkommen über 100.000 EUR?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter Nr. III \_\_\_\_\_ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ EUR.

Gericht: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter Nr. III \_\_\_\_\_ über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ EUR.

Gericht: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Von der Person unter Nr. III \_\_\_\_\_ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ EUR geleistet.

Von der Person unter Nr. III \_\_\_\_\_ werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ EUR geleistet.

Falls eine Unterhaltsbeistandschaft besteht, Name und Anschrift des Jugendamtes: \_\_\_\_\_

**IV. Einkommensverhältnisse der Antragsteller/-in und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen**

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte, z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheide über sonstige Sozialleistungen usw. beifügen):

**Sollten Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen zu machen sein, benutzen Sie hierfür bitte ein Extra-Blatt!**

Angaben Netto monatlich:	<input type="checkbox"/> Antragsteller/-in	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ (Art der Bez. z. Antragsteller/-in)
	zu I. 1	zu I. 2	zu I. 3
Art des Einkommens			
	EUR	EUR	EUR
selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
unselbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Weihnachtsgeld / 13. Monatsgehalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
sonst. Zuwendungen d. Arbeitg. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Grundsicherung SGB XII <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Arbeitslosengeld / Bürgergeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Unterhaltsgeld / BAB <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
sonst. Leistungen d. Arbeitsag. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Kranken-/ Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Altersrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Erwerbsunfähigkeitsrente befr. bis wann? / unbefristet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
andere Renten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
a) aus dem Ausland <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
b) Arbeitsmarktrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
c) Unfallrente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
d) _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

NACHWEISE BEIFÜGEN!

	zu I. 1	zu I. 2	zu I. 3
	EUR	EUR	EUR
betriebl. Altersversorgung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Altershilfe für Landwirte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Pension/Ruhegeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Entschädigungsrenten/LAG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Unterhaltshilfe/LAG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Grund-/Elternrente/BVG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Kindergeld Kindergeldnummer *:			
Unterhalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Leistungen USG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
BAföG-Leistungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Pachteinnahmen (auch aus dem Ausland) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Einnahmen aus Land-/ Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Miet-/ Untermieteinnahmen (auch aus dem Ausland) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Einkünfte aus Vermögen (auch aus dem Ausland) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Steuererstattung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
sonstige Einkünfte (z. B. aus Altenteils-/ Überlassungsverträgen, Leibrenten, <b>freies Wohnrecht</b> , private Pflegeversicherung usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
* wenn Kindergeld ja, dann Empfänger der Kindergeldzahlung: _____			
Einkünfte aufgrund Pflegebedürftigkeit/Angabe des Pflegegrades <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Vermögenswirksame Leistungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Blindenhilfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sinnesbehindertengeld/ Landesblindengeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sonstiges, Lizenzgebühren, Patentrechte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ist Einkommen gepfändet oder abgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

NACHWEISE BEIFÜGEN!

**Angaben zur Bereinigung des Einkommens:**

Art der Aufwendung	Antragsteller/-in <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ Art der Bez.z.Antragsteller/-in
	EUR	EUR	EUR
Aufwendungen für Arbeitsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art des Beförderungsmittels _____			
einfache Fahrstrecke/km zum Arbeitsort _____			
Beiträge zu Berufsverbänden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Beiträge zu Versicherungen:			
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Rentenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Unfallversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Haftpflichtversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Hausratversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sterbegeldversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
sonstige Aufwendungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art: _____			

NACHWEISE BEIFÜGEN!

**Besondere finanzielle Belastungen** (mit Begründung der Notwendigkeit):

z. B. Schuldverpflichtungen (bitte Kreditinstitut oder sonstige Gläuber, Höhe des geschuldeten Betrages, mtl. Abtragsleistung, Verwendungszweck angeben):

---



---



---

**V. Wohnverhältnisse**

(Bitte Nachweise beifügen, z. B. **kompletter Mietvertrag**)

**1. Die antragstellende Person ist seit** \_\_\_\_\_

- Mieter/in     Untermieter/in     Eigentümer/in     Bewohner/in einer Einrichtung  
einer/eines  Wohnung     Einfamilienhauses     Zwei- oder Mehrfamilienhauses

Mieter/Eigentümer ist: \_\_\_\_\_

Weitere Miteigentümer/Mitmieter sind: \_\_\_\_\_

**NACHWEISE BEIFÜGEN!**

## 2. Beschaffenheit der Wohnung:

Die Unterkunft hat eine Größe von \_\_\_\_\_ qm.

Anzahl der Zimmer (ohne Küche/Bad/Flur): \_\_\_\_\_

Baujahr des Wohnhauses/erstmalige Bezugfertigkeit: \_\_\_\_\_

Art der Wärmeversorgung, z. B. Öl, Fernwärme, Gas, Strom: \_\_\_\_\_

Ein Teil der Unterkunft ist untervermietet. Weitere Angaben hierzu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Kosten der Unterkunft

\_\_\_\_\_ EUR (Kaltmiete)

Betriebskosten: \_\_\_\_\_ EUR

(Wassergeld, Abwasser- und Müllbeseitigung, Treppenbeleuchtung usw.)

Heizkosten: \_\_\_\_\_ EUR

(Warmwasserzubereitung in den Heizkosten enthalten:  ja  nein)

Bei Wohneigentum die Nebenkosten einzeln aufschlüsseln:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wasser / Abwasser _____ EUR | <input type="checkbox"/> Abfallgebühren _____ EUR  |
| <input type="checkbox"/> Heizkosten _____ EUR        | <input type="checkbox"/> Schornsteinfeg. _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer _____ EUR       | <input type="checkbox"/> Heizungswart. _____ EUR   |
| <input type="checkbox"/> Gebäudeversich. _____ EUR   | <input type="checkbox"/> _____ EUR                 |
| <input type="checkbox"/> Darlehenszinsen _____ EUR   |  |
| <input type="checkbox"/> Fäkalienentsorg. _____ EUR  |  |

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Die Nebenkosten bei Wohneigentum werden als tatsächlicher Bedarf in dem Monat der Fälligkeit berücksichtigt, d.h. in dem Monat in dem sie tatsächlich zu bezahlen sind.

Legen Sie bitte die Nachweise (Kopien der Bescheide / Rechnungen) nach Erhalt unverzüglich vor, damit die Berücksichtigung zeitnah erfolgen kann! Beachten Sie hierbei bitte, dass grundsätzlich keine Erinnerung / Aufforderung zur Vorlage seitens des Jugend- und Sozialamtes erfolgt. Ohne Nachweise können keine Kosten berücksichtigt werden.

Wurde die Miete im Antragsmonat bereits gezahlt?

- ja (ggf. Nachweis vorlegen)  
 nein

Bestehen Mietrückstände?  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR;  nein

Wurde Räumungsklage eingereicht?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

## 4. Wohngeld

wird bezogen in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ EUR, zahlende Stelle: \_\_\_\_\_

wurde beantragt am \_\_\_\_\_

N  
A  
C  
H  
W  
E  
I  
S  
E  
  
B  
E  
I  
F  
Ü  
G  
E  
N  
!

**VI. Vermögenserklärung der Antragsteller/in und der im Haushalt lebenden Personen:**

Sollten Angaben zu weiteren Haushaltsangehörigen zu machen sein, benutzen Sie hierfür bitte ein Extra-Blatt.

Art des Vermögens (betrifft auch Vermögen im Ausland)	Antragsteller/-in <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ Art der Bez.z. Antragsteller
	Wert EUR	Wert EUR	Wert EUR
Bargeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Bank-/Sparkassen- /Kontokorrent-/Girokonten: <u>Kontoinhaber</u> IBAN: _____ BIC: _____ bei: _____ <u>Kontoinhaber</u> IBAN: _____ BIC: _____ bei: _____			
Sparguthaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja IBAN: _____ <u>Kontoinhaber</u> BIC: _____ bei: _____ <u>Kontoinhaber</u> IBAN: _____ BIC: _____ bei: _____			
sonstiges Sparguthaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sparverträge bei: _____			
Bausparverträge bei: _____			
abgetretene Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Aktien/Pfandbriefe/sonst. Wertpapiere <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Lebens-/Sterbegeldversicherungen/ Bestattungsvorsorgeverträge ( <b>aktueller Rückkaufswert + Policen der Verträge</b> ) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
freiwillige Rentenvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sachwerte (Schmuck, Kunstge- genstände, Sammlungen usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Kfz: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Modell: _____ Baujahr: _____ km-Stand: _____			
hinterlegte Mietkaution / Genossenschaftsanteile oder ähnliches <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Eigenheim, Eigentumswgh., gewerbl. genutztes Grundstück, land- und forstwirtschaftl. genutztes Grundstück etc.; <u>Einheitswert</u> ) wenn vorhanden, Fotos beifügen!			
Hypotheken/Darlehen, sonst. Forderungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: _____ Schuldner: _____			
sonstige Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ( z. B. aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilsverträgen, freies Wohnrecht, Patentrechte usw.) Art: _____ Schuldner: _____			

NACHWEISE BEI FÜGEN!

**Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?**

nein

ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben: \_\_\_\_\_



## VII. Sonstige Verhältnisse der antragstellenden Person:

1. Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Eingliederungshilfe bezogen? Falls ja: von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
2. Wurde Arbeitslosengeld / Bürgergeld beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ <input type="checkbox"/> abgelehnt, weil _____ Kundennummer: _____
3. Sind Sie bisher einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Haben Sie Rentenversicherungsbeiträge bei einem Rententräger eingezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. bei welchem? _____
5. Wurde ein Rentenantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ Rentennummer: _____
6. derzeit Mitglied welcher Krankenkasse (genaue Anschrift)  Krankenversichert als:  Familierversichert bei: _____	_____ Monatsbeitrag: _____ EUR <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner Versicherungsnr.: _____
7. derzeit Mitglied welcher Pflegekasse  familierversichert bei: _____	_____ Monatsbeitrag: _____ EUR
8. beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche (von wem - bei welcher Stelle?)	
9. Aufenthaltsverhältnisse d. antragstellenden Person:	
a) bei Heim- oder Anstaltsaufnahme oder Aufnahme in einer Pflegefamilie: <b>Wohnung in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme</b>	
b) bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw. oder Wechsel der Pflegefamilie: Wohnung vor der <i>erstmaligen</i> Aufnahme Wer war bisheriger Kostenträger ?	
c) bei Heim- oder Anstaltsentlassung: In welcher Einrichtung waren Sie zuletzt untergebracht und bis wann?	
d) bei Umzug innerhalb der letzten drei Monate: Von wo zugezogen? Datum des Umzuges	
10. bei Übertritt aus dem Ausland: - Tag und Ort des Grenzübertritts: - Auslandsaufenthalt von _____ bis _____ - letzte Wohnung im Ausland:	
11. bei Ausländern: Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis liegt vor: - zuständige Ausländerbehörde:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. Erhalten Sie Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht/SGB XIV, Soldatenentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz ? ggf. welche ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Haben die vorgenannten Personen (Familienangehörige) Anträge auf Renten, Sozialhilfe etc. gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____

14. Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste Angehörige ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
15. Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
16. Liegt ein Impfschaden vor ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
17. Ist die Notlage durch einen Unfall oder durch Dritte verursacht worden ? Art des Unfalls: Als Dritter beteiligt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
18. Person/en aus meiner Familie (Eltern, Kinder) ist / sind in den letzten 4 Jahren verstorben. (falls ja, bitte Erläuterungen zu Erbfolge, Testament und Pflichtteilsansprüchen auf gesondertem Blatt vornehmen!	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche Personen und wann? _____
19. Wovon wurde der Lebensunterhalt bisher bestritten ?		

Besonderheiten:

---



---

Sollte ein Teil der vorgenannten 19 Fragen für den/die Ehegatte/ -in /Lebensgefährte/ -in /Lebenspartner/-in oder andere Haushaltsangehörige relevant sein, füllen Sie bitte die folgenden Zeilen entsprechend aus:

---



---



---

**VIII. Erklärung der antragstellenden Person (oder des gesetzlichen Vertreters):**

**Wahrheit der Angaben**

ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.

Ich weiß, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

**Mitwirkungspflicht**

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I - SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinkaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

**Überleitung von Ansprüchen**

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfgewährung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung des Schuldners die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gem. § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

**Hinweis:**

Um über Ihren Antrag auf Sozialhilfe/Eingliederungshilfe entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 SGB I. Die Datenerhebung und -verarbeitung erfolgen nach § 67 ff. SGB X. Falls eine beteiligte Person die getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, kann dies über einen weiteren Antragsvordruck geschehen.

**Die Information nach Art. 13,14 DS-GVO habe ich erhalten. Sie erfolgte durch einen separaten Vordruck als Anlage zu diesem Antrag.**

Die Bescheide der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe sollen an

---

übersandt werden.

Die zu gewährenden Leistungen sollen auf das Konto IBAN: \_\_\_\_\_ bei der

\_\_\_\_\_, BIC: \_\_\_\_\_, Kontoinhaber/in (Name + Anschrift)

---

überwiesen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/in

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in Lebensgefährte

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Aufnehmende/-r

## Information zur Erhebung von personenbezogenen Sozialdaten gem. Art. 13, 14 Datenschutz-Grundverordnung ( DS-GVO)

Der Schutz Ihrer Sozialdaten, welche für Zwecke der Antrags-, Gutachten-, und Widerspruchsbearbeitung, benötigt und verarbeitet werden, ist gewährleistet. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den gem. Art. 6 Abs. 1 Buchst. c und/oder e und Art. 9 Abs. 2 Buchst. b der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) angepassten Vorschriften in §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden vom zuständigen Jugend- und Sozialamt elektronisch und in Papierform gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung Ihrer Daten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten und variiert (je Leistungsart) zwischen ein und zehn Jahren nach Beendigung des Falles.

Eine automatisierte Entscheidungsfindung im Verwaltungsprozess und bei der Verarbeitung erfolgt nicht.

Wenn das Jugend- und Sozialamt Auskünfte von Dritten benötigt, ist dafür Ihre Einwilligungserklärung, die jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, erforderlich.

Kontaktdaten des zuständigen Leistungsträgers:

**Landratsamt Kyffhäuserkreis**  
**Sozialamt**  
**Markt 8**  
**99706 Sondershausen**  
 **03632 741 630**  
 **03632 741 88 630**  
 [sozialamt@kyffhaeuser.de](mailto:sozialamt@kyffhaeuser.de)

Kontaktdaten des/der Datenschutzbeauftragten:

**Landratsamt Kyffhäuserkreis**  
**Markt 8**  
**99706 Sondershausen**  
 **03632 741 521**  
 **03632 741 135**  
 [datenschutz@kyffhaeuser.de](mailto:datenschutz@kyffhaeuser.de)

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Art. 15 – 22 DS-GVO i.V.m. §§ 83 – 84 SGB X zu:

- Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten.
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrages führen.
- Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.

Weiterhin steht Ihnen gem. Art. 13 Abs. 2d DS-GVO ein Beschwerderecht bei folgender Stelle zu:

**Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit**  
**Häßlerstr. 8**  
**99096 Erfurt**  
 **0361 573112900**  
 **0361 573112904**  
 [poststelle@datenschutz.thueringen.de](mailto:poststelle@datenschutz.thueringen.de)

Sie nehmen hiermit zur Kenntnis, dass Ihre Sozialdaten, die dem Jugend- und Sozialamt vorliegen und/oder aufgrund Ihrer Einwilligungserklärung zugehen, an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger etc.) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung gem. der Sozialgesetzbücher, übermittelt werden dürfen.

Einer solchen Weitergabe kann jederzeit ohne Angaben von Gründen formlos widersprochen werden.