

Behörde/Eingangsstempel	Antrag / Weitergewährungsantrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) in einer besonderen Wohnform
--------------------------------	--

1. Persönliche Verhältnisse

Antragsteller(in)	
Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum und Ort	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit (bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status)	
Name der Einrichtung/ besonderen Wohnform und Anschrift	
Gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in der Einrichtung Anschrift	

2. Angaben zu den Betreuungsverhältnissen (Bitte Nachweis beifügen)

<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	Name, Vorname	Anschrift
<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	Name, Vorname	Anschrift

3. Kosten der Unterkunft

Die Kosten der Unterkunft werden im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XII in einer besonderen Wohnform pauschal zuzüglich eines evtl. Zuschlages gewährt. Bitte reichen Sie diesem Antrag die vertragliche Vereinbarung mit ihrem Leistungserbringer ein.

4. Mehrbedarfe

Wurde eine Schwerbehinderung festgestellt und das Merkzeichen G oder aG erteilt (Bitte fügen Sie den Bescheid der zuständigen Behörde oder den Ausweis in Kopie bei)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft (wenn ja, bitte eine Kopie des Mutterpasses beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie krankheitsbedingt eine kostenaufwändige Ernährung? (wenn ja, fordern Sie bitte die entsprechenden Vordrucke bei uns an)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie an einem gemeinsamen Mittagessen teil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. in einer Werkstatt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierenden Angebote?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
An wie viel Tagen pro Woche?	_____ Tage

5. Einkommensverhältnisse Streichen Sie nicht zutreffendes Einkommen

- ja (es sind Nachweise aller Einnahmen beizufügen)
 nein

Art des Einkommens	monatlich €	Art des Einkommens	monatlich €
Erwerbseinkommen		Krankengeld	
Entgelt Werkstatt für behinderte Menschen		Leistungen Agentur für Arbeit	
Ausbildungsgeld		Unterhalt	
Ausbildungsvergütung		zusätzliche Altersvorsorge	
Renteneinkommen		andere Einkünfte	
Kindergeld		sonstiges Einkommen	

vom Einkommen absetzbare Beträge	monatlich €
Haftpflichtversicherung	
andere Versicherungen	

6. Vermögensverhältnisse Streichen Sie nicht zutreffendes Vermögen.

- ja (es sind Nachweise aller Vermögenswerte beizufügen)
 nein

Vermögenswerte (aktuell)	Höhe in €
Guthaben auf Girokonto	
Lebensversicherung oder ähnliche Versicherungen (Rückkaufswert)	
Sachvermögen (Grundvermögen)	
Sparbuch / -bücher	
Staatlich geförderte Altersvorsorge (z.B. Riesterverträge)	
sonstiges Vermögen	

7. Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

- ja (bitte aktuelle Nachweise beifügen)
 nein (es besteht kein Krankenversicherungsschutz)

Name der Krankenkasse und Anschrift und Versicherungsnummer	Beitragshöhe in €

- Es handelt es sich um eine
- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Pflichtversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| freiwillige Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Familienversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Private Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

8. Unterhalt

Verfügen ihre Eltern/ihre Kinder jeweils über 100.000 € jährliches Gesamteinkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

9. Bankverbindung

Name Geldinstitut	Kontoinhaber
IBAN	
D E	

10. Einwilligungserklärungen

Falls Sie wünschen, dass die Kosten der Unterkunft und / oder andere Bestandteile Ihrer Leistung direkt an den Leistungserbringer gezahlt werden sollen, bitten wir entsprechende Einwilligungserklärungen vorzulegen.

Formulare dazu finden Sie auf der Homepage des Wetteraukreises unter <https://www.wetteraukreis.de/service/service-digital/soziales-digital/> oder können bei uns angefordert werden.

Erklärung:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögenswerte lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff Sozialgesetzbuch -Allgemeiner Teil -) bin ich unterrichtet worden.

Ich bin darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, usw., unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen haben.

Allgemeine Datenschutzhinweise

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie entsprechender Vorschriften der Länder. Die Datenverarbeitung ist zulässig, da die Bearbeitung Ihres Antrags, sich innerhalb dieser datenschutzrechtlichen Zuständigkeiten bewegt und zur Erfüllung dieser Aufgabe notwendig ist.

Ort, Datum	Ort, Datum
Antragsteller/in	Bevollmächtigte/r, ges. Betreuer/in

**Bitte füllen Sie Ihren Antrag vollständig und leserlich aus.
Kennzeichnen Sie nicht zutreffendes mit Streichung!
Bitte überprüfen Sie Ihren Angaben nochmals genau.
Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige oder unvollständige Angaben.**

Für eine persönliche Vorsprache vereinbaren Sie bitte zuvor telefonisch einen Termin.