

Antrag auf Gewährung von

- Sozialhilfe
- Kriegsoferfürsorge

Datenschutzhinweis:

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) erhoben.

Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Bei fehlender Mitwirkung des/der Betroffenen kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§§ 66 SGB I).

Eingangsstempel

Nähere Begründung des Antrages/Ursache der Notlage:

I. Persönliche Verhältnisse						
	a) der nachfragenden Person		b) des Ehepartners (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)		Bei ledigen Minderjährigen hier Angaben über die Eltern	
					Vater	Mutter
1. Name (ggf. Geburtsname angeben)						
2. Vorname/n						
3. Geburtsdatum, Geburtsort						
4. Telefonnummer						
5. Postleitzahl, Wohnort Straße, Hausnummer (vor Heimaufnahme)						
6. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person in den letzten zwei Monaten vor der Heimaufnahme bzw. vor dem ersten Einrichtungsaufenthalt						
Postleitzahl, Aufenthaltsort			vom	bis	Einrichtung	Sozialhilfebezug
					<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
					<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
7. Rechtliche Vertretung	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		Name, Anschrift, Telefon (Kopie der Bestellsurkunde/Vollmacht ist beizufügen)			
8. Familienstand wenn geschieden: Name des Gerichts, Datum und Aktenzeichen des Urteils	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend	
	seit:		seit:		seit:	
	<input type="checkbox"/> geschieden	rechtskräftig seit:	<input type="checkbox"/> geschieden	rechtskräftig seit:	<input type="checkbox"/> geschieden	rechtskräftig seit:
Unterhaltsvereinbarung erfolgte durch: (Unterlagen beifügen!)	<input type="checkbox"/> Urteil <input type="checkbox"/> gerichtlicher Vergleich <input type="checkbox"/> notarieller Vertrag		<input type="checkbox"/> Urteil <input type="checkbox"/> gerichtlicher Vergleich <input type="checkbox"/> notarieller Vertrag		<input type="checkbox"/> Urteil <input type="checkbox"/> gerichtlicher Vergleich <input type="checkbox"/> notarieller Vertrag	
	<input type="checkbox"/> Verzicht <input type="checkbox"/> freie Vereinbarung <input type="checkbox"/> keine Unterhaltsregelung		<input type="checkbox"/> Verzicht <input type="checkbox"/> freie Vereinbarung <input type="checkbox"/> keine Unterhaltsregelung		<input type="checkbox"/> Verzicht <input type="checkbox"/> freie Vereinbarung <input type="checkbox"/> keine Unterhaltsregelung	
9. Erlerner Beruf Zuletzt ausgeübter Beruf						
10. Erwerbsbeschränkung oder Arbeitsunfähigkeit - Pflege- bedürftigkeit	erwerbsbeschr./arbeitsunf. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	erwerbsbeschr./arbeitsunf. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	erwerbsbeschr./arbeitsunf. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anerkannte Schwerbehinderung (Kopie des Ausweises beifügen)	Grad der Behinderung		Grad der Behinderung		Grad der Behinderung	
11. Rentenversicherungsnummer						
12. Staatsangehörigkeit / Status	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegsofer <input type="checkbox"/> Asylant <input type="checkbox"/> Spätaussiedler		<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegsofer <input type="checkbox"/> Asylant <input type="checkbox"/> Spätaussiedler		<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegsofer <input type="checkbox"/> Asylant <input type="checkbox"/> Spätaussiedler	

II. Familienverhältnisse (außer der nachfragenden Person und dem Ehepartner leben noch folgende Personen in deren Haushalt)					
	1	2	3	4	5
Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geburtsdatum					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person					
ausgeübte Tätigkeit					
Arbeitgeber oder Art der Rente usw.					
bei Schulbesuch (Klasse, Schulart)					

Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes (Kinder, Eltern)					
	1	2	3	4	5
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person					
Anschrift					
ausgeübte Tätigkeit					

III. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen
(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte, z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheid über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antragsteller/in - EUR -	Ehepartner - EUR -	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 1 Nr. II)				
			zu Nr. 1 / EUR	zu Nr. 2 / EUR	zu Nr. 3 / EUR	zu Nr. 4 / EUR	zu Nr. 5 / EUR
Bruttoeinkünfte aus nicht selbständiger Tätigkeit							
Bruttoeinkünfte aus selbst. Tätigkeit (z.B. Gewerbe, Handel, freie Berufe, Land- u. Forstwirtschaft)							
Leistungen des Arbeitsamtes (wöchentl. Leistung: Arbeitslosengeld)							
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung							
Einkünfte aus Kapitalvermögen							
Unterhaltszahlungen (von Angehörigen)							
Kindergeld							
Renten aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> Rente wegen Alters <input type="checkbox"/> Rente wegen Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Witwen-/ Witwerrente / Waisenrente <input type="checkbox"/> Knappschaftsrente <input type="checkbox"/> Unfallrente							
BVG-Rente; falls ja, bitte Teil IX ausfüllen (z.B. Grundrente, Ausgleichsrente)							
Landwirtschaftliches Altersgeld							
Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe <input type="checkbox"/> Entschädigungsrente							
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld)							
Sonstige Einnahmen (Leistungsträger: _____ Az.: _____)							

IV. Schuldverpflichtungen (nicht Hausbelastung)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Nachweise sind beizufügen)
Name der/des Gläubiger/s	
Art der Schuldverpflichtung/en	
Höhe der Verbindlichkeit/en	
monatliche Belastung/en	

V. Vermögenswerte (ggf. auch hinsichtlich der weiteren Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auf gesondertem Blatt erläutern!)			
a) der nachfragenden Person		b) des Ehepartners - falls minderjährig beider Elternteile -	
Spar- und Bankguthaben		Spar- und Bankguthaben	
<input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben.		<input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- oder Bankguthaben.	
<input type="checkbox"/> Ich habe Spar- oder Bankguthaben (Kontoauszüge etc. beifügen)		<input type="checkbox"/> Ich habe Spar- oder Bankguthaben (Kontoauszüge etc. beifügen)	
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bankinstitut und Kontonummer:	EUR	Bankinstitut und Kontonummer:	EUR
Bargeld		Bargeld	
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld.		<input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld.	
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld in Höhe von _____ EUR		<input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld in Höhe von _____ EUR	
Haus- und Grundbesitz		Haus- und Grundbesitz	
<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz		<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz	
<input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz bzw. Anteilseigentum:		<input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz bzw. Anteilseigentum:	
<input type="checkbox"/> Ich habe keinen sonstigen Grundbesitz		<input type="checkbox"/> Ich habe keinen sonstigen Grundbesitz	
<input type="checkbox"/> Ich habe folgenden sonstigen Grundbesitz:		<input type="checkbox"/> Ich habe folgenden sonstigen Grundbesitz:	
Vertraglich gesicherte Ansprüche		Vertraglich gesicherte Ansprüche	
<input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte.		<input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte.	
<input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherten Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Pflege):		<input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherten Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Pflege):	
<u>Hinweis:</u> Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizufügen.		<u>Hinweis:</u> Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizufügen.	
<input type="checkbox"/> Ich habe keine sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Schadenersatzansprüche).		<input type="checkbox"/> Ich habe keine sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Schadenersatzansprüche).	
<input type="checkbox"/> Ich habe folgende sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Schadenersatzansprüche):		<input type="checkbox"/> Ich habe folgende sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Pflege):	
Sonstige Vermögenswerte		Sonstige Vermögenswerte	
<input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen.		<input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen.	
<input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form		<input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form	
<input type="checkbox"/> Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Luxusgüter	<input type="checkbox"/> Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Luxusgüter
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> Lebensversicherung
<input type="checkbox"/> wertvolle Sammlungen	<input type="checkbox"/> Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> wertvolle Sammlungen	<input type="checkbox"/> Bausparvertrag
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja (Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben) Art: <input type="checkbox"/> Schenkung <input type="checkbox"/> Veräußerung <input type="checkbox"/> Übertragung			
Vorhandene Verträge sind beizufügen.			

VI. Angaben zur Krankenversicherung / Pflegeversicherung			
Derzeit Mitglied einer Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> ja	welche (Anschrift)	Vers.-Nr. <input type="checkbox"/> nein
Krankenversichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiw. Mitglied	<input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner
familienversichert bei:			Monatsbeitrag: _____ EUR
Derzeit Mitglied einer Pflichtversicherung?	welche (Anschrift)		Vers.-Nr. <input type="checkbox"/> nein
Antrag auf Pflegeversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bescheid vom _____ bitte beifügen)	
Besteht ein Beihilfeanspruch?	<input type="checkbox"/> ja	bei (Anschrift)	<input type="checkbox"/> nein

WIRTSCHAFTLICHE BELASTUNGEN DER BEDARFSGEMEINSCHAFT

Name, Vorname des Hilfesuchenden

				Betrag *) mtl. EUR
			mtl. EUR	
1. Kosten der Unterkunft				
1.1 (Kalt-)Miete monatlich (= Miete ohne Nebenkosten)				
1.2 Haus- bzw. Wohnungseigentum				
- Grundsteuer				
- Gebäudeversicherungen				
- Darlehensrückzahlungen Kreditinstitut			Tilgung mtl.	Zinsen mtl.
1.3 Haus-/Wohnungseigentum bzw. Mietwohnung				
a) Nebenkosten			mtl. EUR	
- Wassergeld				
- Kanalgebühren				
- Müllabfuhrgebühren				
- Schornsteinfegergebühren				
-				
-				
b) Sonstige Kosten				
c) Heizung <input type="checkbox"/> mit Warmwasser <input type="checkbox"/> ohne Warmwasser				
2. Fahrtkosten zur Arbeitsstätte				
2.1 Es werden grundsätzlich nur die Kosten einer Monatskarte mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt				
- Monatskarte für (Name)				
- Monatskarte für (Name)				
2.2 Ist ein öffentliches Verkehrsmittel nicht vorhanden oder dessen Benutzung unzumutbar, kann auch eine Entfernungspauschale für ein Kraftfahrzeug anerkannt werden.				
Kurze Begründung, z.B.				
<input type="checkbox"/> Schichtarbeit				
<input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeit			<input type="checkbox"/>	
Fahrzeugart		Hubraum	cm ³	
Kürzeste Entfernung von der Wohnung zur Arbeitsstätte			km	
Fahrgemeinschaft		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

*) Wird vom Sozialamt ausgefüllt

Bankauskunftsermächtigung (zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe)

Leistungsberechtigter/Ehegatte

Geburtsdatum

Anschrift

Erklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe.

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, 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 Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. SGB I) bin ich unterrichtet worden. In bin ferner darüber informiert, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenze auf den Träger der Hilfe übergeleitet werden können und dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich vor Aufnahme der Arbeit gleicher weise dem Träger der Hilfe anzeigen.

Hiermit erkläre ich, folgende Konten oder Vermögenswerte zu unterhalten:

Konto-/Depot-/Versicherungs-Nr.	Einlage / Guthaben / Rückkaufwert (EUR)	Bank / Versicherung (Anschrift)
<input type="checkbox"/> Giro-/Privatkonto Nr.		
<input type="checkbox"/> Giro-/Privatkonto Nr.		
<input type="checkbox"/> Sparkonto/Sparbuch Nr.		
<input type="checkbox"/> Sparkonto/Sparbuch Nr.		
<input type="checkbox"/> Raten-/Prämienparvertrag		
<input type="checkbox"/> Sparkassenbrief		
<input type="checkbox"/> Geschäftsanteil		
<input type="checkbox"/> Wertpapierdepotführung für		
<input type="checkbox"/> Sonstiges Guthaben		
<input type="checkbox"/> Lebens-/ Sterbegeldversicherung		

Ich ermächtige und beauftrage hiermit die Geldinstitute bzw. die Anstalten und Versicherungen unter Befreiung vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem Sozialhilfeträger bzw. der Sozialleistungsbehörde weitere Auskünfte, insbesondere über den Kontostand und die Kontobewegungen innerhalb der letzten Jahre zu geben.

Des Weiteren akzeptiere ich, dass der Sozialhilfeträger Anfragen stellen kann, ob weitere Konten und Depots bei Kreditinstituten, auch nicht Genannten, bestehen und das entsprechende Geldinstitut bzw. die Anstalt unter Befreiung vom Bankgeheimnis die erforderlichen Auskünfte erteilen kann.

Ich erkläre, dass zu keinen weiteren, als den o.a. Bank-/ Kredit-/ Versicherungsinstituten Geschäftsverbindungen bestehen und akzeptiere eine Nachprüfung meiner Angaben durch den Sozialhilfeträger. Auf meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 60, 66 SGB I wurde ich hingewiesen und habe von den umseitig aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungsberechtigten/Ehegatte
bzw. gesetzlichen Vertreters

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I)

Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält hat,
 1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweiskunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 (Angabe von Tatsachen, persönliches Erscheinen, Untersuchungen) nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einen Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspielung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

1. Entbindung von der Schweigepflicht

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) –Sozialhilfe- hat sich der zuständige Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang der Beeinträchtigung und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Personen, die dem Sozialhilfeträger solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal der Einrichtung, sofern diese mit der Betreuung des Leistungsberechtigten befasst sind.

Der Leistungsberechtigte hat nach § 60 ff SGB I solche, für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, kann unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I die Sozialhilfeleistung versagt bzw. entzogen werden.

Erklärung des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Pflegedokumentationen, Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich der Sozialhilfeempfänger befindet, in dem o.a. Sinne und Umfang für den zuständigen Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesem gegenüber von den genannten Personen abgegeben werden dürfen.

Das gilt ebenso für Berichte / personenbezogene Daten / Gutachten, sonstiger Personen, insbesondere:

- a) der Pflegekasse (Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen)
- b) der Amtsärztin/dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist
- c) sonstigen Ärzten/medizinischen Diensten

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und Feststellung von Umfang/Auswirkung der Beeinträchtigung bzw. der Behinderung. Der zuständige Träger der Sozialhilfe ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben - z.B. nach dem SGB XII / AGSGB XII Rheinland-Pfalz / SGB X - befugt.

2. Datenschutz

Sollten sonstige Rückfragen bei anderen Behörden, insbesondere Jugendämtern, sowie Arbeitgebern, Rentenversicherung oder sonstigen Körperschaften des öffentlichen und privaten Rechts notwendig sein, so werden diese ebenfalls von der Schweigepflicht im Rahmen des Datenschutzes entbunden.

Ort, Datum

Unterschrift

(Leistungsberechtigte/r) (Vertreter/in)

- unzutreffendes bitte streichen -