

Tag der Antragstellung / Handzeichen	Eingangsvermerk
--------------------------------------	-----------------

# ANTRAG auf Sozialhilfe

(vollstationär)

 Zutreffendes bitte ankreuzen

 Hilfe zur Pflege    
  Soziale Entschädigung    
  beizufügen ist:  
 nach dem SGB XIV

## I. Persönliche Verhältnisse

	Antragstellerin/ Antragsteller	Ehegattin/Ehegatte Lebenspartnerin/Lebenspartner (auch frühere*r)
Familienname, Ehename, Geburtsname, gegebenenfalls früherer Name		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtstag		
Geburtsort (Kreis, Land)		
Persönliche Identifikationsnummer ( <b>Steuer-ID</b> ) gemäß Mitteilung des Bundesamtes für Steuern		
Staatsangehörigkeit Ausländerrechtlicher. Status, Aufenthaltsgenehmigung (Art, gültig bis)		
Wohnanschrift (Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil, Straße, Hausnummer)		
Telefonnummer (inklusive Vorwahl)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft eingetragen seit: Datum:	
	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	
Bestanden noch weitere Ehen?	<input type="checkbox"/> ja, <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>	
	von	bis mit
	von	bis mit

### Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten

Name, Vorname des geschiedenen/ getrennt lebenden Ehegatten	Scheidungsgericht/ Aktenzeichen / Datum
Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen und falls ja, mit welchem Inhalt? (Scheidungs Urteil und Unterhaltsvereinbarung beifügen!)	

Sind Sie oder ein Mitglied der bisherigen Haushaltsgemeinschaft kriegsbeschädigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Kinder, Eltern oder ist ein früherer Ehegatte in einem Krieg gefallen oder verschollen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

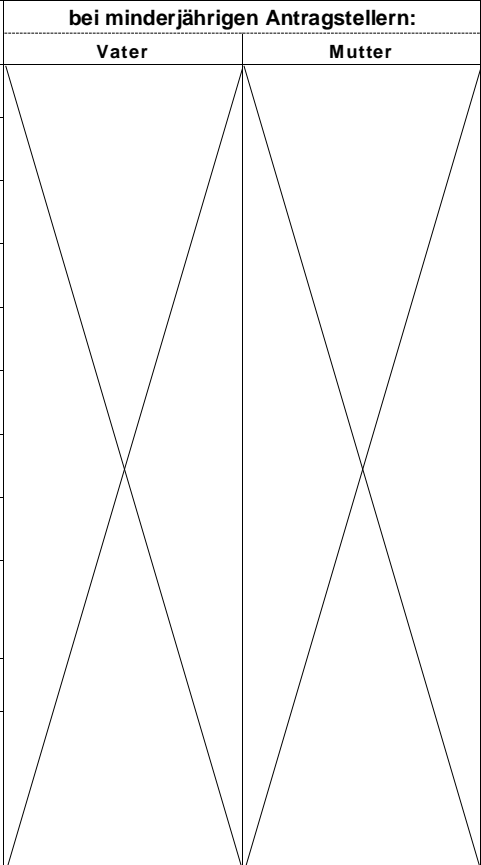
Ist eine <b>(Vorsorge-)Vollmacht</b> erteilt worden?  <b>Wenn ja:</b> Vor- und Zuname, Anschrift: <b>(Bitte Kopie der Vollmacht beifügen)</b>	
Ist eine <b>rechtliche Betreuung</b> durch das Amtsgericht bestellt worden?  <b>Wenn ja:</b> Vor- und Zuname, Anschrift: <b>(Bitte Kopie des Ausweises beifügen)</b>	Aufgabenkreis(e):

## II. Alle mit der/dem Antragsteller/in in Haushaltsgemeinschaft lebende Personen

(zum Beispiel Lebenspartner, Eltern, Großeltern, Kinder, Großkinder und sonstige, auch nicht verwandte Personen)

	Ehegatte/-gattin Lebenspartner/in	1.	2.	3.
Name, gegebenenfalls Geburtsname				
Vornamen, Rufname unterstreichen				
Geschlecht (männlich, weiblich, divers, unbestimmt)				
Geburtstag				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit, ausländerrechtlicher Status				
Aufenthaltsgenehmigung (Art) gültig bis				
ledig, verheiratet, verwitwet, ge- trenntlebend, geschieden				
Verwandtschaftsgrad oder Bekannter				
Zahl der Kinder				

## III. Persönliche Verhältnisse der im Haushalt lebenden Personen

	Antragstellerin/ Antragsteller	Ehegattin/-gatte Lebenspartner*in	bei minderjährigen Antragstellern:	
			Vater	Mutter
<b>Schulabschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Art:				
<b>Beruf:</b>				
Erlernt:				
Zuletzt ausgeübt:				
Zur Zeit beschäftigt bei (Arbeitgeber):				
arbeitslos seit:				
arbeitsfähig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung geleistet? <b>(Nur beantworten, wenn keine Rente bezogen wird!)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
wenn ja, Grad der Behinderung: Art der Minderung: <b>(bitte Kopie des Schwerbehindertenaus- weises oder des Feststellungsbeschei- des beifügen!)</b>				

<b>Besteht Krankenversicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung?</b>	<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
Name der Krankenkasse oder der Krankenversicherung				
Mitglieds-/Versicherungsnummer				
<b>Besteht, z. B. aufgrund eines (früheren) Beamtenverhältnisses, eine Beihilfeberechtigung?</b>	<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
Name der Beihilfestelle/Versorgungskasse o. ä.				

**IV. In- und ausländisches Einkommen der im Haushalt lebenden Personen**
 bitte „ja“ oder „nein“ ankreuzen

Nachweise bitte beifügen

Leistungen anderer Sozialleistungsträger:	Antragstellerin/ Antragsteller	Ehegattin/-gatte Lebenspartner*in	bei minderjährigen Antragstellern:	
			Vater	Mutter
<input checked="" type="checkbox"/> bitte „nein“ oder „ja“ ankreuzen nein ja	monatlich EUR	monatlich EUR	monatlich EUR	monatlich EUR
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altersruhegeld				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grundrente				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kindererziehungsleistungen				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Witwen- u. Waisenrente				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente Wird die Rente auf Dauer gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unfallrente				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zusatzrente (Betriebsrente, VBL-Rente)				
Wurden <b>freiwillige</b> Zahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bestanden früher schon einmal Rentenansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>wenn ja:</b> Art der Rente/Name des Versicherungsträgers / Versicherungsnummer				
<b>Grundrentenzeiten nach § 76 g Abs. 2 SGB VI (nur Antragstellende und Ehegatte)</b>				
in der gesetzlichen Rentenversicherung (gegebenenfalls auch ausländische Rente)  zurückgelegte Zeiten Jahre / Monate  Rententräger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate		
Versicherungspflicht nach § 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte  zurückgelegte Zeiten Jahre / Monate  Rententräger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate		
Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht für beamtenähnliche Beschäftigungsverhältnisse  zurückgelegte Zeiten Jahre / Monate  Rententräger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate		

nein ja	<input checked="" type="checkbox"/> bitte „nein“ oder „ja“ ankreuzen	<b>Antragstellerin/ Antragsteller</b>	<b>Ehegattin/-gatte Lebenspartner*in</b>	
	Versicherungspflicht in einer Ver- sicherungs- oder Versorgungsein- richtung, die für Angehörige bes- timmter Berufe errichtet wurde  zurückgelegte Zeiten Jahre / Monate  Rententräger:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate  .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  ..... Jahre/ ..... Monate  .....	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitsuchende und sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit/ des Jobcenters			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krankengeld			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kindergeld			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bundesausbildungsförderung (BAföG)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohngeld/ Lastenzuschuss			

<b>Sonstiges Einkommen:</b>			<b>bei minderjährigen Antragstellern</b>	
nein ja	<b>Antragstellerin/ Antragsteller</b> monatlich EUR	<b>Ehegattin/-gatte Lebenspartner*in</b> monatlich EUR	<b>Vater</b> monatlich EUR	<b>Mutter</b> monatlich EUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Netto-Erwerbseinkommen			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mieteinnahmen/Pachteinnahmen/Altenteil			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pension/Ruhegehalt/Beihilfe			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zinseinnahmen/Dividenden			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Landesblindengeld/Blindenhilfe			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<b>Soziale Entschädigung:</b>	<b>Wenn ja, bitte Bescheid beifügen!</b>			
nein ja				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grundrente (Grad der Behinderung: ..... %)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ausgleichsrente			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehegattenzuschlag			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Berufsschadensausgleich			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elternrente			

<b>Leistungen für Vertriebene/ Flüchtlinge:</b>				
nein ja				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe (Kriegsschadensrente)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente			

**V. Besondere Belastungen der im Haushalt lebenden Personen**

nein ja	Antragsteller/in monatlich EUR	Ehegatte/-gattin Lebenspartner/in monatlich EUR	bei minderjährigen Antragstellern:	
			Vater monatlich EUR	Mutter monatlich EUR
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hausrat-/Privathaftpflichtversicherung				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lebens- u. Sterbegeldversicherung				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abzahlungsverpflichtung				

**VI. In- und ausländisches Vermögen der im Haushalt lebenden Personen**

nein ja	Antragsteller/ Antragsteller EUR	Ehegattin/-gatte Lebenspartner* in EUR	bei minderjährigen Antragstellern:	
			Vater EUR	Mutter EUR
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bargeld				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sparvermögen (zum Beispiel: Bank-, Postsparguthaben)				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Girokontoguthaben				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bausparguthaben / Lebensversicherungen (zurzeit angesparte Summe/ aktueller Rückkaufswert)				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorgeverträge / Sterbegeldversicherungen				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aktien, Wertpapiere				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grund- sowie land- u. forstwirtschaftliches Vermögen zum Beispiel Hausgrundstück, Eigentumswohnung, Gartenland, Ackerland <b>(Bitte zusätzlichen Vordruck anfordern!)</b>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kunstgegenstände/Schmuck				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fahrzeuge (beispielsweise PKW, LKW, Anhänger, Wohnwagen, Motorrad, E-Bike)				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aus Schmerzensgeld				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mietkautionen / Genossenschaftsanteile				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges Vermögen (zum Beispiel aus Forderungen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber Dritten)				
<b>Wurde Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre an Dritte übertragen</b> (verkauft, verschenkt, vorweggenommene Erbfolge?)	<b>Bitte beantworten Sie hierzu die Fragen der Anlage zum Antrag auf Sozialhilfe „Erläuterungen zu Vermögensübertragungen“</b>			
<b>Haben Sie vertragliche Ansprüche auf Unterhalt, Wohnung, Pflege?</b>	<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
<b>Ist Vermögen aus Erbsprüchen zu erwarten?</b>	<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
Art, Höhe des Vermögens				
Name und Vorname des Erblassers				

**VII. Ergänzende Angaben aller im Haushalt lebenden Personen**

<b>Liegt ein Zuzug aus dem Ausland vor?</b>	Name, Vorname		<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein
	letzte Anschrift im Ausland			
	Ort, Datum d. Grenzübertritts			
<b>Aufenthaltszeiten im Ausland</b>  <b>Davon mit Erwerbstätigkeit</b>	von		bis	
	von		bis	
	von		bis	
	von		bis	
	von		bis	
<b>Wurden bei anderen Stellen Leistungen beantragt?</b> (Krankenkasse, Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Wohngeldstelle, Ausgleichsamt, Versorgungsamt oder vergleichsweise andere Stellen)	für		<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein
	Träger, Aktenzeichen, Datum der Antragstellung			
	a)			
	Träger, Aktenzeichen, Datum der Antragstellung			
	b)			
<b>Wurden Unterhaltsansprüche geltend gemacht?</b>	für		<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein
	Name des Unterhaltspflichtigen			
	bei welchem Gericht und wann?			
<b>Wurde oder wird Sozialhilfe, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, der Grundsicherung oder ähnliches bereits bezogen?</b>	für		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Träger, Aktenzeichen, Unterstützungszeitraum			
<b>Wurde eine Verpflichtung gemäß § 68 Aufenthaltsgesetz abgegeben?</b>	für		<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein
	Name des Verpflichteten			
<b>Haben Sie Schadenersatzansprüche?</b>	Name des Zahlungspflichtigen			
			<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein

### VIII. Aufenthalts- und Wohnverhältnisse vor Umzug in die Einrichtung

1. PLZ und Ort, Straße und Hausnummer (von der letzten Wohnanschrift):	in die Einrichtung gezogen am:
<input type="checkbox"/> im eigenen Haus <input type="checkbox"/> zur Miete <input type="checkbox"/> zur Untermiete <input type="checkbox"/> mit eigenem Haushalt <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft mit (ausgenommen unterhaltsberechtigte Angehörige) <input type="checkbox"/> mietfrei aufgrund vertraglicher Vereinbarung	
Gab es zwischen dem Auszug aus der Wohnung (siehe oben) und dem Tag der Heimaufnahme noch einen anderen Aufenthaltsort? (zum Beispiel im Krankenhaus, bei Verwandten)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____ Zeitraum vom: _____ bis: _____
2. Name und Anschrift des Hauseigentümers – soweit nicht im Eigentum des Antragstellenden	
3. Welche Gesamtfläche hat die Wohnung? _____ qm, davon sind untervermietet _____ qm	
4. Unterkunftskosten Falls Sie Haus- oder Wohnungseigentümer sind, fordern Sie bitte den Zusatzfragebogen (Lastenberechnung) an. <b>Belege beifügen!</b>	
Kaltmiete (ohne Garagenmiete, Kosten für Einstellplatz)	monatlich _____ EUR
Nebenkosten (ohne Haushaltsstrom)	monatlich _____ EUR
Heizkosten	monatlich _____ EUR

### IX. Angehörige, die nicht mit im Haushalt leben (Eltern, Kinder, Adoptivkinder)

	1.	2.	3.	4.
Familienname, Ehe- oder Geburtsname				
Vornamen, Rufname unterstreichen				
Geschlecht (männlich, weiblich, divers, unbestimmt)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
ledig, verheiratet, verwitwet, getrenntlebend, geschieden				
Verwandtschaftsgrad				
Zahl der Kinder				
Wohnort				
Wohnung (Straße und Haus-Nummer)				
<b>Jahresbruttoeinkommen über 100.000,00 EUR?</b>	<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

### X. Darlehen für die Zuzahlung von Leistungen der Krankenbehandlung

Ich wünsche <b>keine Kürzungen</b> meines Barbetrages um die monatlichen Raten zur Tilgung eines Darlehens nach § 37 Abs. 2 SGB XII für Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenbehandlung und verzichte deshalb auf die Gewährung dieses Darlehens.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---

## XI. Hinweise, datenschutzrechtliche Erklärungen, Schriftverkehr mit unverschlüsselter E-Mail

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben. Das Merkblatt über die Mitwirkungspflichten habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Darlegungen in diesem Antrag sowie durch Unterlassen einer späteren Mitteilung über etwaige Veränderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Sozialhilfe strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. In diesem Zusammenhang wird auf die Datenschutzerklärung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) im Internetauftritt des Landkreises Goslar unter [www.landkreis-goslar.de](http://www.landkreis-goslar.de) verwiesen. Sollte Ihnen keine Internetverbindung zur Verfügung stehen, erhalten Sie auf Nachfrage eine schriftliche Ausfertigung. Ein automatisierter Datenabgleich nach §118 SGB XII findet regelmäßig statt. Die Daten können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Ich bevollmächtige

- meinen Ehegatten, Leistungen der Sozialhilfe für mich in Empfang zu nehmen.
- unter Entbindung von der Schweigepflicht die in § 203 Strafgesetzbuch (StGB) genannten Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzte, Psychologen, Rechtsanwälte, Erziehungsberater), dem Träger der Sozialhilfe Auskunft zu erteilen. Bei Bedarf würde ich diese Vollmacht noch einmal gezielt abgeben.

Ich, die Antragstellerin / der Antragsteller, erkläre ausdrücklich, dass ich von den zum Haushalt gehörenden Personen ermächtigt bin, für sie alle im Zusammenhang mit der begehrten Leistung stehenden Erklärungen abzugeben und auch alle insoweit getroffenen Entscheidungen entgegenzunehmen.

Vorstehende Versicherung, Ermächtigung und Einverständniserklärung wird zugleich für alle zum Haushalt gehörenden Personen abgegeben beziehungsweise ausgesprochen.

Ich bin einverstanden, dass der Landkreis Goslar datenschutzrechtlich geschützte Daten auch mit unverschlüsselter E-Mail an die nachfolgend eingetragene E-Mail-Adresse übermitteln darf, wenn durch Rechtsvorschrift keine andere Übermittlungsart vorgeschrieben ist.	
E-Mail-Adresse:	
<input type="checkbox"/>	Dies ist meine E-Mail-Adresse, auf die ich Zugriff habe und deren Posteingang ich regelmäßig überwache.
<input type="checkbox"/>	Dies ist die E-Mail-Adresse meiner bzw. meines Bevollmächtigten oder meiner Betreuerin bzw. meines Betreuers.
Mir ist bekannt, dass	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• diese Einwilligung keinen Anspruch auf eine ausschließliche Kommunikation mit (unverschlüsselter) E-Mail begründet,</li> <li>• eine unverschlüsselte elektronische Kommunikation nicht sicher ist und eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden kann,</li> <li>• diese Erklärung jederzeit schriftlich oder zur Niederschrift beim Landkreis Goslar mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.</li> </ul>	

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertretung	Unterschrift Ehegatte/ Ehegattin oder Lebenspartnerin/ Lebenspartner
------------	---	--






## XII. Besondere Erklärung zur Heimkostenabrechnung:

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass der Träger der Sozialhilfe (Landkreis Goslar) bei vollstationärer Dauerpflege seine Leistungen direkt und unmittelbar an die Einrichtung (z. B. Alten- und Pflegeheim) überweist und mit dieser abrechnet.

Ich erkläre außerdem, dass ich mögliche Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) wegen ohne Rechtsgrund erfolgter Zahlungen des Landkreises Goslar (im Zusammenhang meines Heimaufenthalts / des Heimaufenthalts des/der Leistungsberechtigten) an die Einrichtung auf den Landkreis Goslar als Träger der Sozialhilfe übertrage.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertretung
------------	--




## XIII. Gewährung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung/ Hilfe zum Lebensunterhalt

Sollte die Bedarfsprüfung des Sozialhilfeträgers im Rahmen der Antragsbearbeitung auch einen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII) oder Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII) ergeben, so werden diese Leistungen hiermit ebenfalls beantragt.

Dies gilt widerruflich auch für evtl. erforderliche Folgeanträge.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertretung
------------	---



**Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertretung	Unterschrift Ehegattin/ Ehegatte oder Lebenspartnerin/ Lebenspartner
------------	---	--

**Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die antragnehmende Person des Sozialhilfeträgers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten:**

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertretung	Unterschrift Ehegattin/ Ehegatte oder Lebenspartnerin/ Lebenspartner
------------	---	--



## Anlage zum Antrag auf Sozialhilfe

# Erläuterungen zu Vermögensübertragungen

Sie haben sich entschlossen, einen Antrag auf Gewährung von Hilfe zur Pflege zu stellen. Es handelt sich dabei um eine Form der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII). Sozialhilfe ist eine nachrangige Leistung und wird daher in der Regel erst dann erbracht, wenn alle anderen vorrangigen Möglichkeiten zur Deckung des eigenen Bedarfs ausgeschöpft sind. Insbesondere Einkommen und Vermögen müssen als vorrangige Möglichkeiten in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch für Vermögensübertragungen, die bereits lange vor der Beantragung von Sozialhilfeleistungen vollzogen wurden.

### **Was ist mit Vermögen / Vermögensübertragung gemeint?**

Vermögenswerte sind zum Beispiel (Bar-)Geld, Haus- oder Grundeigentum, Sparbücher/-konten, Wertpapiere, kapitalbildende Versicherungen oder Rechte, die einen finanziellen Wert darstellen, wie z. B. ein Wohn- oder Nießbrauchrecht. Regelfälle von Vermögensübertragungen sind der Verkauf, das Verschenken – sei es einmalig oder regelmäßig wiederkehrend – oder das vorweggenommene Vererben von Vermögenswerten. Aber auch der Verzicht auf einen Vermögenswert kann eine Übertragung darstellen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Wohn- oder Nießbrauchrecht ohne wertentsprechende Gegenleistung gelöscht worden ist.

### **Warum sind diese Vermögensübertragungen von Bedeutung?**

Wenn die Übertragung eines Vermögenswertes oder der Verzicht auf einen solchen nicht zum tatsächlichen Wert oder sogar ohne jegliche Gegenleistung erfolgt ist, kann dieser Vorgang ganz oder teilweise eine Schenkung im Sinne des § 516 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) sein.

Wer nach Vollziehung einer Schenkung außerstande ist, seinen angemessenen Lebensunterhalt zu bestreiten, kann nach § 528 BGB von dem Beschenkten die Herausgabe des Geschenkes nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung fordern. Eine im Bezug von Sozialhilfeleistungen stehende Person ist offenkundig außerstande, ihren angemessenen Lebensunterhalt selbst zu bestreiten. Deshalb stellt ein derartiger Herausgabeanspruch eine eingangs genannte vorrangig in Anspruch zu nehmende Möglichkeit zur Deckung des Lebensunterhaltes dar. Grundsätzlich gilt, dass Schenkungen der letzten zehn Jahre zurückgefordert werden können.

**Bitte erklären Sie auf der Rückseite, ob Sie in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung Vermögensübertragungen vorgenommen oder auf Vermögenswerte verzichtet haben.**

<b>Wurden Vermögenswerte in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung übertragen oder wurde auf Vermögenswerte verzichtet?</b>				
	Antragsteller/in		Ehe-/Lebenspartner/in	
Geldbetrag/-beträge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haus- oder Grundeigentum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sparkonto/-buch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kapitalbildende Versicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wohnrecht/Nießbrauchrecht/ sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges und zwar:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, geben Sie bitte an, was, wann, in welcher Form, in welcher Höhe und zu wessen (mit Anschrift) Gunsten übertragen wurde bzw. worauf, wann und zu wessen Gunsten (mit Anschrift) verzichtet wurde. Im Fall von Geldübertragungen geben Sie bitte zusätzlich die Zwecke/Gründe dafür an.				

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) - Allgemeiner Teil - über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe. Von den auf dem Hinweisblatt zum Antrag abgedruckten Bestimmungen der §§ 60 und 66 SGB I (Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung) habe ich Kenntnis genommen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass nach § 103 SGB XII eine Rückzahlung durch Leistungsberichtigte oder durch diejenigen, die die Leistung durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten (z.B. arglistige Täuschung, falsche Angaben oder grob fahrlässige Verletzung der Sorgfaltspflicht) herbeigeführt haben, vorgesehen ist und dass Erben verpflichtet sein können, in bestimmtem Umfang dadurch in der Vergangenheit geleistete Sozialhilfe zu ersetzen.

Ich weiß, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Mir ist bekannt, dass bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte bereits der Versuch eines Betruges nach § 263 Strafgesetzbuch zur Anzeige gebracht wird.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertretung	Unterschrift Ehegatte/ Ehegattin oder Lebenspartnerin/ Lebenspartner
------------	---	--

