

# Sozialhilfefragebogen

Eingangsstempel
-----------------

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt<br><input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege in Einrichtungen | <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Einrichtungen<br><input type="checkbox"/> _____ |
|--|---|

Art der Hilfe \_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Verhältnisse des/der Hilfesuchenden

	Antragsteller	In Haushaltsgemeinschaft lebender Ehegatte (Lebensgefährte)
Name (ggf. Geburtsname)	<Zuname>	
Vorname	<Vorname>	
Anschrift, Telefon-Nr.	<Straße>, <PLZ Ort>	
Geburtsdatum und -ort	<Geburtsdatum>	
Staatsangehörigkeit	<Nationalität>	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet    seit .....	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet    seit.....
Vormund/Betreuer Name, Anschrift, Tel.	<Vollständiger Name> <Anschrift (einzeilig)>	

## 2. In der Haushaltsgemeinschaft – außer den Personen unter 1 – lebende Angehörige

Name, Vorname	Geburtsdatum	Persönliche Stellung zum HS	Ausgeübte Tätigkeit (Beruf)	Arbeitgeber	Einkommen Monatl. Netto

## 3. Kinder/ Eltern des/der Hilfesuchenden– soweit nicht unter 1 und 2 erfasst (Bitte auch verstorbene Eltern / Kinder eintragen)

**Die u.a. Angaben sind auch unter Berücksichtigung des Angehörigenentlastungsgesetzes zwingend auszufüllen!**

Die/Der Hilfesuchende hat  keine Kinder /  nachfolgend angegebene Kinder:  
 Die/Der Hilfesuchende hat  keine Eltern. /  Die Daten der Eltern sind nachfolgend angegeben:

Name, Vorname				
PLZ Wohnort				
Straße				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Ausgeübte berufliche Tätigkeit				
Verstorben?	<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
Wenn verstorben, Sterbedatum				

#### 4. Kosten der Unterkunft (Wohnverhältnisse)

Der Antragsteller wohnt  im eigenen Haus/ETW  in Miete  im Heim  mietfrei

(weitere Angaben zu Kosten der Unterkunft – siehe Anlage 2 zum Sozialhilfe-Fragebogen)

Besteht ein freies Wohnrecht?  nein  ja, Vertrag hat zur Einsicht vorgelegen

#### 5. Wirtschaftliche Verhältnisse der unter 1 aufgeführten Personen

(Nachweise sind beizufügen)	Antragsteller mtl. in EUR	Ehegatte/ Lebensgefährte mtl. in EUR
Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit Monatliches Nettoeinkommen (Verdienstnachweis ist beizufügen)	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, z. B. Gewerbe, Handel, freie Berufe, etc. (aktuelle Gewinn- und Verlustrechnung und letzter Steuerbe- scheid sind beizufügen)	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Arbeitsamt Arbeitslosengeld Arbeitslosenhilfe Sonstige AFG-Leistungen	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Kindergeld	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Unterhaltszahlungen	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Leistungen der Kranken bzw. Pflegeversicherung z. B. Krankengeld <input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung z. B. Altersruhegeld EU-Rente Witwenrente _____ _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Betriebsrenten	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz/SGV Grundrente Sonstige Leistungen	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____ Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Lastenausgleich, z. B. Unterhaltshilfe, Entschädigungsrente, Pflegezulage	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Grundsicherungsleistungen	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
Sonstiges Einkommen	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____

Bemerkungen


## 6. Vermögensverhältnisse der unter 1 aufgeführten Personen

Es sind die nachfolgenden Vermögenswerte vorhanden (bitte Nachweise beifügen):

Vermögensart	Antragsteller	Ehegatte / Lebenspartner
1. Bargeld, Sparguthaben, Sparbücher, <b>Girokonten</b> , etc.	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
2. Wertpapiere / Aktien	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
3. Bestattungsvorsorgeverträge / Sterbegeldversicherung	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
4. Lebensversicherung / Rentenversicherung	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
5. Genossenschaftsanteile / Mietsicherheiten	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
6. Erbsprüche	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
7. Kleingarten Eigentümer oder Pächter	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> , Höhe _____
8. Vermögenssachwerte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto</li> <li>• Schmuck</li> <li>• Gemälde</li> <li>• Antiquitäten</li> <li>• Sonstiges</li> </ul>	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 <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/>
9. Haus, Eigentumswohnung	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, sind folgende Unterlagen – soweit vorhanden – mit vorzulegen: - Bauzeichnungen – Lageplan , - Wohnflächenberechnung, - Berechnung des umbauten Raumes, - Grundbuchauszug (unbegl.), - Brandversicherungsschein mit letzter Beitragsrechnung, - Foto		
10. Grundbesitz	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> ,	Nein <input type="checkbox"/> , Ja <input type="checkbox"/> ,
Wenn ja,  Grundbuch von: _____, Band: _____  Blatt: _____, Flurst. Nr.: _____  Größe: _____, Nutzung: _____		

### Früheres Vermögen:

Haben Sie in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, übertragen oder veräußert?

Nein , ja , verschenktes Vermögen: \_\_\_\_\_

Beschenkte Person: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

--

## 7. Weitere Ansprüche der unter 1 aufgeführten Personen

Bestehen Erb- oder Pflegeverpflichtungsverträge?

ja  nein (ggf. Nachweis vorlegen!)

Ist der Gesundheitsschaden durch Unfall oder Fremdverschulden eingetreten?

ja  nein

Bestehen sonstige Ansprüche (z. B. Beihilfe im öffentlichen Dienst)?

ja  nein

Bestehen Ansprüche als Kriegsbeschädigter/Kriegshinterbliebener?

ja  nein

Wurde beim zuständigen Versorgungsamt ein Schwerbehindertenausweis beantragt bzw. von dort ein Ausweis ausgestellt?

ja  nein

(sofern Ausweis erstellt wurde ist der Nachweis beizufügen)

## 8. Bankverbindung für Barbetrag und Bekleidungsbeihilfe

**Auf welches Konto soll der Barbetrag und die Bekleidungsbeihilfe überwiesen werden?**

Konto der Einrichtung

Eigenes Konto

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

## 9. Kranken- und Pflegeversicherungsschutz

Besteht ein Krankenversicherungsschutz?

ja  nein

wenn ja, bei welcher Krankenkasse \_\_\_\_\_ (Bitte Kopie der Versichertenkarte beifügen)

Gibt es bereits eine Pflegeeinstufung?

ja  nein

Wenn ja, Pflegegrad \_\_\_\_\_

## 10. Aufenthaltsverhältnisse des Antragstellers in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung, vor Heimaufnahme bzw. vor Aufnahme in einer Pflegefamilie

Vom – bis	

## 11. Allgemeine Hinweise

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Das Merkblatt (**Anlage 1 zum Sozialhilfe-Fragebogen**) habe/n ich/wir erhalten.

## 12. Erklärungen

1. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen und auf meine Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) hingewiesen und belehrt wurde. Soweit ich laufende Leistungen erhalte, verpflichte ich mich, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.
2. Ich habe darüber Kenntnis, dass die Daten in den zur Antragstellung erforderlichen Formularen nach § 60 Absatz 1 Nr. 1 SGB I erhoben werden. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir im Rahmen der Antragstellung angegebenen Daten in der automatischen Datenverarbeitung verarbeitet werden, soweit diese für die weitere Bearbeitung des Antrages bzw. für die Leistungsgewährung erforderlich ist (§ 79 Abs. 3 S. 1 SGB I i.V.m. § 13 Abs. 3 S. 2 Bundesdatenschutzgesetz).
3. Ich bin damit einverstanden, dass die Sozialhilfe direkt an die Einrichtung ausgezahlt wird. Die Auszahlung des Barbetrages erfolgt durch die Einrichtung.
4. Ich bin damit einverstanden, dass die Einrichtung über die Höhe des von mir monatlich zur Deckung der Heimkosten einzusetzenden Einkommens in Kenntnis gesetzt wird.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hilfe suchenden und seines Ehegatten  
oder seines gesetzlichen Vertreters/Betreuers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des aufnehmenden Beamten/Angestellten

## **Merkblatt zum Sozialhilfe-Fragebogen**

### **1. Allgemeines: Nachrang der Sozialhilfe**

Menschen, die in einer Notlage sind, die sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können und denen die erforderliche Hilfe auch nicht von Angehörigen oder von anderer Seite zu Teil wird, können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen.

Solche Leistungen haben Sie heute beantragt und umfangreiche Fragen beantwortet. Wir bitten Sie hierfür um Verständnis; denn nur wenn unsere Fragen vollständig und ehrlich beantwortet werden, können wir die notwendige Hilfe gewähren.

Die Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XII) sind Teil eines staatlichen Systems der sozialen Sicherung der Bürger. Zu diesem System gehören z. B. auch die gesetzlichen Sozialversicherungen (Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung), die Versorgung der Kriegsoffer sowie die Wohngeld- und Kindergeldleistungen. Gegenüber diesen Leistungen ist die Sozialhilfe nachrangig. Ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht demnach nicht, wenn jemand die erforderliche Hilfe von anderen Sozialleistungsträgern erhält.

Zuständig für die Sozialleistungen sind die im Sozialgesetzbuch (SGB) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden; sie werden als Leistungsträger bezeichnet.

Über die Aufgaben und Hilfen der einzelnen Leistungsträger geben die Mitarbeiter der Verwaltungsbehörden (Verbandsgemeindeverwaltung, Kreisverwaltung) nähere Auskünfte. Sie beraten auch über Rechte und Pflichten der Bürger gegenüber den einzelnen Leistungsträgern.

### **2. Aufgaben der Verwaltung**

Die Mitarbeiter der Verwaltungen prüfen, wie der jeweiligen Notlage am besten begegnet werden kann und welche Hilfen im Einzelfall ggf. in Frage kommen. Sie stellen außerdem wegen des Nachranges der Sozialhilfe fest, ob der Hilfesuchende eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen hat, ob Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen oder ob Angehörige ihm helfen können.

Das Nachrangprinzip der Sozialhilfe erfordert auch eine Prüfung, ob unterhaltspflichtige Angehörige (§§ 1600 ff. BGB) ihren Verpflichtungen dem Hilfesuchenden gegenüber nachkommen. Ist dies nicht der Fall, so leistet der Sozialhilfeträger und nimmt dafür die Unterhaltsverpflichteten in Anspruch. Ob und inwieweit dies geschieht, entscheidet der Träger der Sozialhilfe der Situation des Einzelfalles entsprechend. Das Verfahren ist in den §§ 93, 94 SGB XII geregelt.

### **3. Mitwirkungspflichten des Hilfesuchenden: Grenzen der Mitwirkung**

Die Mitwirkungspflichten des Hilfesuchenden sind im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches (SGB I) festgelegt. Das Gesetz schreibt vor, dass der Hilfesuchende beim Prüfen der persönlichen Verhältnisse und der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Sozialhilfe seinen Möglichkeiten entsprechend mitwirken muss.

Das Sozialgesetzbuch (§§ 60 bis 64 SGB I) beschreibt die wesentlichen Mitwirkungspflichten wie folgt:

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen;
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen;
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- Er soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

Der Mitwirkungspflicht des Bürgers sind allerdings Grenzen gesetzt. Die Mitwirkung muss beispielsweise in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung stehen. Andererseits kann eine Mitwirkung nicht gefordert werden, wenn sie für den Bürger aus wichtigem Grund nicht zumutbar ist oder wenn sich die Behörde durch einen geringeren Aufwand als der Betroffene die erforderlichen Erkenntnisse selbst beschaffen kann.

#### **4. Unterrichtung des Hilfesuchenden**

Über die Mitwirkungspflichten hat der Träger der Sozialhilfe den Hilfesuchenden ausdrücklich zu unterrichten. Dies geschieht mit diesem Merkblatt, das Ihnen zusammen mit dem Fragebogen ausgehändigt wird. Der Hilfesuchende bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er das Merkblatt erhalten hat und somit über dessen Inhalt unterrichtet ist.

#### **5. Folgen fehlender Mitwirkung oder falscher Angaben**

Kommt ein Hilfesuchender oder Leistungsberechtigter seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, so kann der Träger der Sozialhilfe die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. In einem solchen Fall wird der Hilfesuchende im Einzelnen schriftlich besonders darauf hingewiesen (§§ 65 bis 67 SGB I).

Wer wissentlich falsche oder unvollständige Angaben macht, kann wegen Betruges strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

#### **6. Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen**

Hat ein Leistungsberechtigter beispielsweise durch absichtlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben Sozialhilfe zu Unrecht erhalten, so muss er die Leistungen erstatten.

#### **7. Schutz der Sozialdaten**

Angaben des Hilfesuchenden über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden als Sozialgeheimnis behandelt und anderen nicht unbefugt offenbart. Eine Offenbarung ist nur zulässig, wenn der Betroffene im Einzelfall einwilligt oder wenn eine Offenbarung gesetzlich erlaubt ist (§ 67 SGB X).

---

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

---

(Gesetzlicher Vertreter)

## **Vorbemerkung**

Als Voraussetzung für die Gewährung von der Hilfe nach dem SGB XII hat sich der zuständige Sozialhilfeträger über Art und Umfang des Leidens und des Betreuungsbedarfes zu informieren.

Auch wenn bereits Sozialhilfe gewährt wird, benötigt der Sozialhilfeträger Auskünfte über die Entwicklung des Leistungsberechtigten in der Einrichtung, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Bedarf an Betreuung geändert haben kann (etwa wenn die Änderung eines bestimmten Leidenszustandes nach einer gewissen Zeit zu erwarten sein könnte) oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmeabschnitten in der Therapie. In diesem Fall muss der Sozialhilfeträger entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob der Sozialhilfeträger nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind.

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

Der Leistungsberechtigte hat nach § 60 ff. SGB I solche für die Gewährung der Leistung erforderliche Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Sozialhilfeleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

## **Erklärung des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:**

So weit Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich der Leistungsberechtigte befindet, in dem o.a. Sinne und Umfang für den Sozialhilfeträger erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesem gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte/personenbezogene Daten/Gutachten, die vom zuständigen Sozialhilfeträger von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- Der Amtsärztin/dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um die Untersuchung gebeten worden ist
- Dem medizinischen Dienst der Krankenkassen, die eine Begutachtung vorgenommen haben
- Betreuungsgutachten
- \_\_\_\_\_

---

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang/Auswirkung des Leidens bzw. der Behinderung. Der Sozialhilfeträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von dem Hilfe suchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben

- z.B. nach dem SGB XII, AGSGB XII Rheinland-Pfalz/ SGB X – befugt.

---

Ort, Datum

Unterschrift  
(Leistungsberechtigte/r, Vertreter/in)  
- unzutreffendes bitte streichen -

## Ermächtigung und Beauftragung zur Auskunftserteilung über Vermögensverhältnisse durch Geldinstitute sowie durch das Bundeszentralamt für Steuern

(Bitte für jedes Geldinstitut ein eigenes Formblatt verwenden)

Hilfesuchender		geb. am
Anschrift		

Ich ermächtige und beauftrage hiermit das angegebene Geldinstitut, unter Befreiung von der Verpflichtung zur Wahrung des Bankgeheimnisses, dem unten aufgeführten Sozialhilfeträger Auskünfte über alle bestehenden sowie von kurzem aufgelösten Konten (z.B. **Giro-/Privatkonten, Sparkonten, Ratensparverträge, Sparbriefe, Wertpapiere, Depotführung, Schließfächer, o.ä.**), anhand von Kontobewegungen und Kontoständen sowie sonstiger für die Bearbeitung notwendiger Auskünfte zu erteilen.

Ich stimme im Rahmen meiner Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff SGB I zu, dass dem unten aufgeführten Sozialhilfeträger vom Bundeszentralamt für Steuern, nach § 93 Absatz 8 i. V. m. § 93 b Abgabenordnung für Zwecke der Sozialhilfe Auskünfte über die dem Bundeszentralamt für Steuern bekannten Daten erteilt werden kann.

Geldinstitut	
--------------	--

### Konten des/der Hilfesuchenden

IBAN	IBAN	IBAN
IBAN	Bausparvertragsnummer	Ratensparvertrag
Depotnummer	Schließfach	

Es wird versichert, dass

- die zuvor gemachten Angaben voll der Wahrheit entsprechen
- keine weiteren Konten bei diesem oder einem anderen Geldinstitut geführt werden. (Gilt nur, sofern keine Ermächtigung für weitere Geldinstitute ausgefüllt wurden)

**Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben Maßnahmen der Strafverfolgung nach sich ziehen sowie zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzuzahlen sind (§ 263 Strafgesetzbuch).**

Urschriftlich zurück an

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße  
Amt für Gesundheit und Soziales  
An der Kreuzmühle 2

76829 Landau

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungsempfänger/in, gesetzl. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatten