

Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag können Sie bei Ihrer Stadt-/Gemeindeverwaltung abgeben. Die Vorlage einer Meldebescheinigung ist dann nicht mehr erforderlich.

Eingangsstempel:

## Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölf (SGB XII)

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung     Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)  
 Grundsicherung/HLU in besonderer Wohnform (BTHG)     Sonstige Leistungen der Sozialhilfe:

▸ bitte Leistung/Bedarf beschreiben ⓘ

### 1. Kontaktdaten

#### 1.1 Anschrift der Antragsteller

Name, ggf. Geburtsname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl    Wohnort

Telefon

E-Mail

#### 1.2 Betreuer(in) oder Bevollmächtigte(r)

▸ nur auszufüllen wenn vorhanden ⓘ Bitte Nachweis beifügen 📄

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl    Wohnort

Telefon / Fax-Nr.

E-Mail

## 2. Persönliche Verhältnisse

### 2.1 Antragsteller(in) Anrede: Frau Herrn

Name, ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ in Deutschland lebend seit \_\_\_\_\_ Vertriebenenausweis/Spätaussiedler \_\_\_\_\_

ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden seit:   
 verwitwet  in eingetr. Lebenspartnerschaft [▶ bitte Scheidungsurteil beifügen](#)

**Erwerbstätig:**  Vollzeit erwerbstätig  Teilzeit erwerbstätig

**Nicht erwerbstätig wegen:**  Krankheit /Behinderung  aus Altersgründen  Sonstiges

Sind Sie für mindestens 3 Stunden täglich arbeitsfähig?  Ja  Nein

[▶ Krankenversicherung](#) [▶ bitte Nachweis beifügen](#)

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Pflichtmitglied  Freiwilliges Mitglied  Familienversicherung  KV der Rentner

### 2.2 Ehegatte(in) / Lebensgefährte(in) Anrede: Frau Herrn

Name ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ in Deutschland lebend seit \_\_\_\_\_ Vertriebenenausweis/Spätaussiedler \_\_\_\_\_

ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden seit:   
 verwitwet  in eingetr. Lebenspartnerschaft [▶ bitte Scheidungsurteil beifügen](#)

**Erwerbstätig:**  Vollzeit erwerbstätig  Teilzeit erwerbstätig

**Nicht erwerbstätig wegen:**  Krankheit /Behinderung  aus Altersgründen  Sonstiges

Sind Sie für mindestens 3 Stunden täglich arbeitsfähig?  Ja  Nein

[▶ Krankenversicherung](#) [▶ bitte Nachweis beifügen](#)

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Pflichtmitglied  Freiwilliges Mitglied  Familienversicherung  KV der Rentner

## 2.3 Persönliche Verhältnisse weiterer im Haushalt lebender Personen

▶ weitere Personen bitte unter [Ziffer 11](#) ergänzen ⓘ

|   | 3. Person | 4. Person | 5. Person |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Name, ggf. Geburtsname                    |           |           |           |
| Vorname                                   |           |           |           |
| Geburtsdatum                              |           |           |           |
| Geburtsort                                |           |           |           |
| Familienstand                             |           |           |           |
| Persönliches Verhältnis zum Antragsteller |           |           |           |
| Staatsangehörigkeit                       |           |           |           |
| Aufenthaltsstatus                         |           |           |           |

### ▶ Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen

| 3. Person                                       | 4. Person                                       | 5. Person                                       |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> über den Antragsteller | <input type="checkbox"/> über den Antragsteller | <input type="checkbox"/> über den Antragsteller |
| <input type="checkbox"/> eigene Versicherung:   | <input type="checkbox"/> eigene Versicherung:   | <input type="checkbox"/> eigene Versicherung:   |
|   |   |   |
| Name der Krankenkasse                           | Name der Krankenkasse                           | Name der Krankenkasse                           |
|   |   |   |
| Versicherungsnummer                             | Versicherungsnummer                             | Versicherungsnummer                             |

## 3. Sonstige Angaben

|   | Antragsteller   | Ehegatte(in)/<br>Lebensgefährte(in)                       | 3. Person   | 4. Person   | 5. Person   |
|---|---|---|---|---|---|
| Liegt ein <b>Schwerbehindertenausweis</b> mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ vor?<br>▶ bitte Ausweis beifügen ⓘ    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurde ein <b>Pflegegrad</b> festgestellt?<br>▶ bitte Nachweis beifügen ⓘ  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist eine der Personen <b>schwanger</b> ?<br>▶ bitte Mutterpass oder ärztliches Attest beifügen ⓘ                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Aufwendungen für eine <b>kostenaufwändige Ernährung</b> ?<br>▶ bitte ärztliche Bescheinigung beifügen ⓘ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

## 4. Einkommen

► bitte Nachweise beifügen 📄 Es sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- und Steuerpflicht unterliegen. Bitte geben Sie immer den monatlichen Zahlungsbetrag (netto) an ① Sofern Sie von Ihrem Einkommen Beiträge zu einem Sozialverband oder einer Privathaftpflicht-/Hausratsversicherung entrichten, können Sie entsprechende Nachweise beifügen 📄

|  | Antragsteller   | Ehegatte(in)/<br>Lebensgefährte(in)   | 3. Person   | 4. Person   | 5. Person   |
|--|---|---|---|---|---|
| Arbeitseinkommen   |   |   |   |   |   |
| Werkstatteinkommen<br>(WfbM)                                   |   |   |   |   |   |
| <i>Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |
| Krankengeld/<br>Verletztengeld                                 |   |   |   |   |   |
| Arbeitslosengeld I   |   |   |   |   |   |
| Arbeitslosengeld II  |   |   |   |   |   |
| Erwerbsminderungsrente   |   |   |   |   |   |
| Altersrente  |   |   |   |   |   |
| Hinterbliebenenrente   |   |   |   |   |   |
| Betriebsrente  |   |   |   |   |   |
| Auslandsrente  |   |   |   |   |   |
| Pensionen  |   |   |   |   |   |
| Sonstige Rente   |   |   |   |   |   |
| Kindergeld   |   |   |   |   |   |
| Unterhalt  |   |   |   |   |   |
| Unterhaltsvorschuss  |   |   |   |   |   |
| Elterngeld   |   |   |   |   |   |
| Mutterschaftsgeld  |   |   |   |   |   |
| Miet- und Pachteinnahmen                                       |   |   |   |   |   |
| Kapitalerträge<br>(z. B. Zinsen, Dividenden)                   |   |   |   |   |   |
| Steuererstattungen   |   |   |   |   |   |
| Wohngeld   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
| Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu                     | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung<br><input type="checkbox"/> freie Wohnung/Unterkunft<br><input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung<br><input type="checkbox"/> freie Wohnung/Unterkunft<br><input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung<br><input type="checkbox"/> freie Wohnung/Unterkunft<br><input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung<br><input type="checkbox"/> freie Wohnung/Unterkunft<br><input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung<br><input type="checkbox"/> freie Wohnung/Unterkunft<br><input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge |
| Art des sonstigen Sachbezuges                                  |   |   |   |   |   |
| Wert des/der Sachbezüge  |   |   |   |   |   |

## 5. Weitere nicht geklärte Leistungsansprüche

Bestehen für die vorgenannten Personen der Haushaltsgemeinschaft weitere, noch nicht entschiedene Leistungsansprüche?

- Nein  Ja, und zwar für folgende Personen:
- Antragsteller  Ehegatte(in) / Lebensgefährte(in)
1. Kind / sonstige Person  2. Kind / sonstige Person  3. Kind / sonstige Person

### ► Leistungsansprüche

- aus der Rentenversicherung  aus der Krankenversicherung  aus der Pflegeversicherung
- wegen Unfall oder Krankheit  aus Wohngeld  aus Arbeitslosigkeit
- aus einem anderen Grund, nämlich:

## 6. Wohnverhältnisse

► bitte Nachweise (Mietbescheinigung, Mietvertrag, Grundbuchauszug etc.) beifügen 

In der Wohnung bzw. der Haushaltsgemeinschaft leben **insgesamt**  Personen.

### ► Wohnform

- Mietwohnung
- Besondere Wohnform (BTHG)  ambulantes Betreutes Wohnen
- eigenes Haus  Eigentumswohnung  freies Wohnrecht

### ► Letzter Wohnort vor Aufnahme/Einzug in die besondere Wohnform

Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort

Besteht bei Antragstellung ein Mietrückstand?  Nein  Ja, in Höhe von  Euro

Wurde Räumungsklage eingereicht?  Nein  Ja

### ► Mietzahlungen

Ich beantrage, dass die Kosten der Unterkunft direkt an meinen Vermieter / Einrichtung gezahlt werden:  Ja  Nein

## 7. Personen außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

▶ aus Sicht des Antragstellers anzugeben. Weitere Personen bitte unter Ziffer 11 ergänzen ⓘ

|                           | Vater | Mutter | getrennt lebender/<br>geschiedener<br>Ehegatte | Kind |
|---------------------------|-------|--------|--|------|
| Name,<br>ggf. Geburtsname |       |        |  |      |
| Vorname                   |       |        |  |      |
| Geburtsdatum              |       |        |  |      |
| Familienstand             |       |        |  |      |
| Straße, Hausnr.           |       |        |  |      |
| PLZ, Wohnort              |       |        |  |      |

## 8. Unterhaltsansprüche

Verfügt eines Ihrer Kinder - oder verfügen Ihre Eltern gemeinsam - vermutlich über ein jährliches Gesamteinkommen von mehr als **100.000 Euro**?

Nein  Ja (Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Anschrift an).

|                      |  |
|----------------------|--|
| Name, Vorname        |  |
| Geburtsdatum         |  |
| Straße, Hausnr.      |  |
| PLZ, Wohnort         |  |
| Berufliche Tätigkeit |  |

## 9. Bankverbindung

▶ zur Leistungsgewährung ist ein eigenes Bankkonto notwendig ⓘ

Die Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name Kontoinhaber   |  |
| IBAN                |  |
| BIC                 |  |
| Name Kreditinstitut |  |

## 10. Erklärung des Antragstellers

▶ bitte beiliegendes Informationsblatt beachten ⓘ

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind, insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Über die Mitwirkungspflichten wurde ich über das beigefügte Informationsblatt belehrt. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht bin ich verpflichtet, diejenigen Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Leistungsgewährung erforderlich ist. Komme ich meinen Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung dieses Antrags nach § 60 SGB I nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrags führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass ich mich wegen falscher und/oder unvollständiger Angaben nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar mache und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Die personenbezogenen Daten werden zur Leistungserbringung in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert. Über Art und Umfang der Datenerfassung wurde ich mit dem beigefügten Informationsblatt gemäß Artikel 13 DS-GVO aufgeklärt. Insofern gilt meine untenstehende Unterschrift auch als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sofern sich in meinem Haushalt Kinder befinden, die einen Anspruch auf Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket haben, werden diese Leistungen hiermit fristwahrend beantragt. Die Benennung der benötigten Leistungen muss mit einem gesonderten Formular erfolgen.

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

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller(in) bzw.  
gesetzlicher Vertreter / Betreuer

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten/ Lebenspartners /  
Lebensgefährten oder sonstigen Person

### ▶ Nicht vom Antragsteller auszufüllen

Der Antrag ist hier am \_\_\_\_\_ abgegeben/aufgenommen worden.

Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch XII vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die erforderlichen Nachweise – soweit sie nicht beiliegen – wurden eingesehen. Die im Antrag aufgeführten Personen sind unter der angegebenen Adresse mit erstem Wohnsitz gemeldet.

### ▶ Sonstige Bemerkungen der entgegennehmenden Stelle (Stadt-/Gemeindeverwaltung)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift



## Vermögenserklärung

▶ bitte Nachweise (insbesondere Kontoauszüge der letzten drei Monate) beifügen 📄 Die Vermögenserklärung und die Nachweise beziehen sich auf den Antragsteller und den Ehegatte(in) / Lebensgefährte(in) ⓘ

Es sind folgende Vermögenswerte vorhanden:

**1. Bargeld**  Nein  Ja Betrag:  Euro

### 2. Bankguthaben

| Girokonten | IBAN | Bank / Sparkasse | aktueller Stand |
|------------|------|------------------|-----------------|
|            |      |                  |                 |
|            |      |                  |                 |
|            |      |                  |                 |

Nein, es sind keine Girokonten vorhanden.

| Sparbücher | Sparbuch-Nummer | Bank / Sparkasse | aktueller Stand |
|------------|-----------------|------------------|-----------------|
|            |                 |                  |                 |
|            |                 |                  |                 |
|            |                 |                  |                 |

Nein, es sind keine Sparbücher vorhanden.

| Bausparverträge | Vertragsnummer | Bank / Sparkasse | aktueller Stand |
|-----------------|----------------|------------------|-----------------|
|                 |                |                  |                 |
|                 |                |                  |                 |

Nein, es sind keine Bausparverträge vorhanden.

### 3. Sonstige Vermögenswerte

|  |  | Wert in Euro |
|--|--|--------------|
| Lebens- und Rentenversicherungen   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| Sterbegeldversicherungen   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| Aktien / Fonds / Wertpapiere   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| Haus- und Grundbesitz / Eigentumswohnung im Inland   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| Haus- und Grundbesitz / Eigentumswohnung im Ausland  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| Bankschließfach  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| Kraftfahrzeuge (PKW, Motorrad, Wohnmobil etc.)   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| Sonstiges Vermögen:  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |              |
| <b>Ich / Wir haben in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt oder veräußert bzw. Grundbesitz übertragen (Schenkung, Übergabevertrag etc.)</b><br>▶ bitte Nachweise beifügen 📄 |  |              |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  |  |              |

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind, insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich mich wegen falscher und/oder unvollständiger Angaben nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar mache und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Der Lahn-Dill-Kreis kann jederzeit die gemachten Angaben überprüfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass gemäß § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) die Möglichkeit der Kontenabfrage besteht und im Bedarfsfall gegebenenfalls davon Gebrauch gemacht werden kann.

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

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller(in) bzw.  
gesetzlicher Vertreter / Betreuer

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten/ Lebenspartners /  
Lebensgefährten oder sonstigen Person

---

**► Nicht vom Antragsteller auszufüllen**

Die vorstehende/n vollzogene/n Unterschrift/en wird/werden hiermit bestätigt. Die beiliegenden Kopien lagen im Original vor und stimmen mit dem Original überein.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sachbearbeiter(in)

# Informationsblatt

## zum Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölf (SGB XII)

### ▶ **Wahrheitsgemäße und vollständige Angaben**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I).

### ▶ **Änderungen der Verhältnisse**

Für den Zeitraum Ihres Leistungsbezuges sind Sie verpflichtet, dem Träger der Hilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen, insbesondere Ihren Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen. Sie sind angehalten, jegliche Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) anzuzeigen.

### ▶ **Ansprüche gegen Dritte**

Hat der Träger der Sozialhilfe Leistungen zu erbringen, obwohl Ansprüche gegen Drittverpflichtet (z. B. Unterhalt, Schenkungen, andere Sozialleistungen) bestehen, geht der Anspruch in Höhe der Leistungen auf den Träger der Sozialhilfe über bzw. es kann ein Anspruchsübergang bewirkt werden.

### ▶ **Auslandsaufenthalte**

Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu Ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen erhalten. Daher sind geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr nach Deutschland ist konkret in geeigneter Form nachzuweisen. Ohne Nachweis können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

---

### ▶ **Erläuterungen zu Ziffer 2.1 und 2.2 (Seite 2)**

Eine Kopie der Krankenversicherungskarte ist nicht ausreichend. Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse vor.

Sofern Sie nicht erwerbsfähig sind, bitten wir um Vorlage eines entsprechenden Nachweises (z.B. Gutachten des Rentenversicherungsträgers, Lohnbescheinigung Werkstatt für behinderte Menschen, Rentenbescheid inklusive Anlagen).

### ▶ **Erläuterungen zu Ziffer 2.3 (Seite 3)**

Hierzu zählen nur Personen in Ihrem direkten Haushalt. Angehörige oder sonstige Personen, welche mit Ihnen im gleichen Haus aber nicht in Ihrem Haushalt leben (z.B. getrennte Wohnungen), gehören nicht zur Haushaltsgemeinschaft.

### ▶ **Erläuterungen zu Ziffer 5. (Seite 5)**

Weitere nicht geklärte Ansprüche können sein: Altersrente, Ausbildungsgeld, Auslandsrente, Beihilfeansprüche, Berufsunfähigkeitsrente, Betriebsrente, Elterngeld, Entschädigungsrente/-zahlungen, Erbsprüche, Häftlingshilfe, Insolvenzgeld, Krankengeld, Lebensversicherung, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Lohnforderungen, Mutterschaftsgeld, Pflegegeld, Schadensersatzansprüche, Sterbegeldversicherung, Übergangsgeld, Unfallrente, Unterhaltsansprüche.

Darüber hinaus kommen auch Ansprüche auf Sachleistungen infolge eines Altenteilsvertrags, einer Wohnrechtsgewährung oder einer Versorgungsverpflichtung in Betracht.

# Datenverarbeitung

## Informationen gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Gemäß Art. 13 DS-GVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Sie uns im Zusammenhang mit dem von Ihnen gewünschten Verwaltungshandeln mitteilen, zu informieren.

|            |  |   |
|------------|--|---|
| <b>1.</b>  | <b>Kontaktdaten</b>  |   |
| <b>1.1</b> | Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DS-GVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:   | Der Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises<br>Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar,<br>Telefon: 06441-407-0, E-Mail: info@lahn-dill-kreis.de   |
| <b>1.2</b> | Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DS-GVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG:   | Datenschutzbeauftragter des Lahn-Dill-Kreises<br>Telefon: 06441-407-2750,<br>E-Mail: datenschutz@lahn-dill-kreis.de   |
| <b>2.</b>  | <b>Zweck, Umfang und Erforderlichkeit der Datenverarbeitung</b>  |   |
| <b>2.1</b> | Die von Ihnen im Antrag auf Sozialleistungen nach SGB XII angegebenen sowie im weiteren Verlauf der Abwicklung des Verfahrens ggf. noch erhobenen personenbezogenen Daten sollen zu dem folgendem Zweck erhoben und verarbeitet werden:  | Gewährung von Sozialleistungen nach dem SGB XII.  |
| <b>2.2</b> | Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in:  | §§ 67 ff. SGB X   |
| <b>2.3</b> | Ihre Daten werden zum Zweck der Bearbeitung Ihres Anliegens an die nebenbenannten Empfänger weitergeleitet.<br><br>Eine Weiterleitung an Drittländer oder internationale Organisationen erfolgt nicht.   | Sonstige Sozialleistungsträger, Rentenversicherungsträger, Bankinstitute, in die Gewährung von Sozialleistungen eingebundene Institutionen sowie sonstige Dritte, wie z. B. unterhaltspflichtige Angehörige.<br><br>Bei der Gewährung von Krankenhilfe nach § 48 SGB XII, § 4 AsylbLG sowie § 264 SGB V: Deutsches Dienstleistungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH, Grabenstraße 100-104, 45141 Essen. |
| <b>2.4</b> | Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus den neben genannten Gründen zur Durchführung des Verwaltungshandelns erforderlich.  | Es besteht eine gesetzliche Pflicht zur Bereitstellung.<br><br>Bei Nichtangabe der Daten kann die beantragte Sozialleistung nicht gewährt werden.   |
| <b>3.</b>  | <b>Dauer der Speicherung</b>   |   |
|            | Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehend angegebene Dauer gespeichert. Danach werden sie gelöscht.   | Zehn Jahre nach Beendigung des Leistungsverhältnisses.  |
| <b>4.</b>  | <b>Ihre Rechte als Betroffene(r)</b>   |   |
|            | Als betroffene Person haben Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DS-GVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DS-GVO, ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 17 DS-GVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DS-GVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DS-GVO sowie ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung nach Art. 21 DS-GVO. Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Weiterhin haben Sie gem. Art. 77 DS-GVO das Recht der Beschwerde wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Aufsichtsbehörde, dem <b>Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden.</b> |   |

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Anschrift:

Ich erkläre mich im Zuge der von mir beantragten **Hilfe zur Pflege** auf der Rechtsgrundlage der §§ 61 ff. SGB XII damit einverstanden, dass meinen behandelnden Ärzte, die mich behandelnden Kliniken, die mich betreuenden Pflegekräfte, Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, sowie meine anderen Therapeuten (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie

dem Lahn-Dill-Kreis, Soziales und Integration, Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar

Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Bearbeitung des Antrages für den konkreten Einzelfall benötigt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sozialhilfeträger bei den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Dies schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Wir möchten sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 bis 67 des Sozialgesetzbuches I (SGB I) zur Abgabe dieser Erklärung verpflichtet bin. Mir ist ferner bekannt, dass mein Antrag abgelehnt werden kann, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme (§ 66 SGB I).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. Betreuers/Bevollmächtigten



## Nachweis über Unterkunftskosten

Mietbescheinigung       Wohnungsangebot

(zutreffendes bitte ankreuzen)

|   |   |                    |  |  |
|---|---|--------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnung  | Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, ggf. Ortsteil |                    | Stockwerk/Lage                           |  |
| <input type="checkbox"/> Wohnhaus   |   |                    |  |  |
| <b>Mieter(in) bzw. Interessent(in)</b>  | Name, Vorname                               | Mietbeginn (Datum) | <input type="checkbox"/> Hauptmieter(in) |  |
|   |   |                    | <input type="checkbox"/> Nebenmieter(in) |  |
| <b>Vermieter(in) bzw. Eigentümer(in)</b>  | Name, Vorname, Firma, Telefon               |                    |  |  |
|   | Straße, Hausnummer, PLZ, Ort                |                    |  |  |
| <b>Der Vermieter ist mit dem Mieter verwandt oder verschwägert:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |   |                    |  |  |

| Angaben zu den Mietkosten  | Betrag | Datum der letzten Mietfestsetzung  |
|--|--------|--|
| Höhe der monatlichen <b>Kaltmiete</b>  | EUR    |  |
| Zusätzlich zu der o. a. mtl. <b>Kaltmiete</b> sind folgende <b>Mietnebenkosten</b> zu entrichten:    |        |  |
| Kosten der Zentralheizung/Fernheizung  | EUR    | <input type="checkbox"/> als Vorauszahlung<br><input type="checkbox"/> als Pauschale |
| Kosten für Wasser/Abwasser   | EUR    |  |
| Kosten für Kabel-/Satellitenanschluss /Gemeinschaftsant.   | EUR    |  |
| Kosten für Garage/Stellplatz   | EUR    |  |
| Vergütung für Möblierung <input type="checkbox"/> vollmöbliert <input type="checkbox"/> teilmöbliert | EUR    |  |
| Sonstige Betriebs-/Nebenkosten nach BetrKV   |        | Mietkaution:   |
| Art:   | EUR    | EUR  |
| Art:   | EUR    |  |
|  |        | Mietrückstand:   |
| Höhe der monatlichen <b>Gesamtmiete</b> (einschließlich Nebenkosten)                                 | EUR    | EUR  |

| Angaben zur Wohnung                            |                |   |  |
|--|----------------|---|--|
| Wohnfläche der Wohnung                         |                | davon gewerblich genutzt  |  |
|  | m <sup>2</sup> | davon untervermietet  |  |
|  |                | Gebäudewohnfläche   |  |
|  |                |   | m <sup>2</sup>                                       |
| Anzahl der Zimmer einschließlich Küche und Bad |                | Zimmer  | <input type="checkbox"/> Bad oder Duschaum vorhanden |
| Gebäudebaujahr                                 | Baujahr        | Nachträglicher Ausbau, Erweiterung oder Umbau der Wohnung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |  |
| im Jahr  |                |   |  |

| Gebäudemodernisierung (erhebliche bauliche Verbesserungen)   |  |   |                       |
|--|--|---|-----------------------|
| Gebäudedämmung (Dach und Außenwände)   |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann |                       |
| Erneuerung Heizungsanlage  |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann |                       |
| Außentüren und Fenster   |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann |                       |
| Sanierung/Umbau (z. B. Badezimmer)   |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann |                       |
| Verglasung der Fenster: <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach                               |  |   |                       |
| Der Wohnraum ist öffentlich gefördert  |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein       |                       |
|  |  | Energieverbrauch lt. Energieausweis                             | kWh/m <sup>2</sup> /a |
| Heizungsart: <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Etagenheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen                            |  |   |                       |
| Mit welcher Energieart wird geheizt?   |  | ÖL  | Strom                 |
|  |  | Gas   | Fernwärme             |
| Mit welcher Energieart wird Warmwasser aufbereitet?  |  | ÖL  | Strom                 |
|  |  | Gas   | Fernwärme             |
| <b>Warmwasseraufbereitung</b> erfolgt <input type="checkbox"/> zentral (über Heizungsanlage) <input type="checkbox"/> dezentral (separat z.B. über Boiler) |  |   |                       |

**Diese Bescheinigung kann zu Prüfzwecken den Finanzbehörden zur Verfügung gestellt werden (§ 71 SGB X)**

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite !**

Ort, Datum

Mietbescheinigung 02/2020 Lahn-Dill-Kreis

x

Unterschrift Vermieter(in) bzw. Eigentümer(in)

# Hinweise

## zur Erstellung einer Mietbescheinigung bzw. eines Wohnungsangebotes

### ► Allgemeines

Eine Mietbescheinigung bzw. ein Wohnungsangebot wird von Behörden und Institutionen zur Berechnung gesetzlicher Leistungsansprüche benötigt.

Durch die Erstellung einer Mietbescheinigung bzw. eines Mietangebotes kommt weder ein Mietvertrag zustande, noch hat die Bescheinigung eine vertragsändernde Wirkung. Mit dem Ausfüllen der Bescheinigung gehen Sie keinerlei Verpflichtung ein.

Nach dem Wohngeldgesetz (WoGG) besteht eine gesetzliche Verpflichtung die Bescheinigung auszufüllen (§ 23 Abs. 3 WoGG).

### ► Vollständigkeit

Leider werden vereinzelt unvollständig ausgefüllte Mietbescheinigungen bzw. Wohnungsangebote vorgelegt, die für die Bearbeitung nicht genutzt werden können und zeitaufwändige Rückfragen erfordern.

Bitte füllen Sie die Bescheinigung daher möglichst vollständig aus. Insbesondere folgende Punkte sind von wichtiger Bedeutung:

- Objektdatei (Anschrift, Wohnungslage)
- Kontaktdatei Vermieter
- Datum des Mietbeginns
- Höhe er Kaltmiete (bei bestehenden Mietverhältnissen auch das Datum der letzten Mietfestsetzung)
- Höhe der Neben- und Heizkosten sowie der Abrechnungsform (Vorauszahlung, Pauschale)
- Angaben zur Wohnung (Wohnfläche, Anzahl der Zimmer, Ausstattung)
- Angaben zum Gebäude (Baujahr, Gebäudemodernisierung **mit erheblichen baulichen** Verbesserungen)
- Angaben zur Gebäudeausstattung
- Angaben zu einer öffentlichen Förderung
- Energieverbrauch laut Energieausweis
- Angaben zur Heizungsart sowie der Energieart für Heizung und Warmwasseraufbereitung

### ► Heizkosten

Sofern die Heizkosten nicht direkt an den/die Vermieter(in) bzw. Eigentümer(in) gezahlt werden, lassen Sie bitte das Betragfeld für die Heizkosten leer.

Wenn die Heizkosten direkt an den/die Vermieter(in) bzw. Eigentümer(in) gezahlt werden, müssen diese unbedingt getrennt von den sonstigen Nebenkosten eingetragen werden. Fassen Sie also bitte nicht die Heizkosten und die Mietnebenkosten zu einem Betrag zusammen.

Sofern mit dem/der Mieter(in) ein Gesamtbetrag für die Neben- und Heizkosten ohne weitere Aufschlüsselung vereinbart wurde, benötigen wir in jedem Fall die Höhe der monatlichen Heizkostenvorauszahlung bzw. Heizkostenpauschale.