AZ: 50A Beginn:	**Überprüfung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)** **☐ Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel)** **☐ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel)**	Eingang:

Das Formular ist vollständig auszufüllen, Nichtzutreffendes ist einzeln zu streichen.

Allgemeine Angaben

	Leistungsbezieher*in 1	**Leistungsbezieher*in 2/Partner*in**
Geschlecht	☐männlich ☐weiblich ☐divers	☐männlich ☐weiblich ☐divers
Nachname, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Hausnr.		
PLZ, Ort		
Telefon/E-Mail		
Aufenthaltsstatus	☐deutsch ☐EU-Bürger ☐unbefristet ☐befristet bis _____	☐deutsch ☐EU-Bürger ☐unbefristet ☐befristet bis _____
Familienstand	☐ledig ☐verheiratet ☐geschieden ☐verwitwet ☐Lebenspartnerschaft (LP) ☐getrennt lebend (Ehe/LP) seit: _____	☐ledig ☐verheiratet ☐geschieden ☐verwitwet ☐Lebenspartnerschaft (LP) ☐getrennt lebend (Ehe/LP) seit: _____
Verfügt eines Ihrer beiden Elternteile über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,00 €?	☐meine Eltern sind verstorben	☐meine Eltern sind verstorben
	☐nein ☐nicht bekannt ☐ja und zwar: _____ _____ _____ (Name, Vorname, Anschrift, Beruf)	☐nein ☐nicht bekannt ☐ja und zwar: _____ _____ _____ (Name, Vorname, Anschrift, Beruf)
Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,00 €?	☐Ich habe keine Kinder	☐Ich habe keine Kinder
	☐nein ☐nicht bekannt ☐ja und zwar: _____ _____ _____ (Name, Vorname, Anschrift, Beruf)	☐nein ☐nicht bekannt ☐ja und zwar: _____ _____ _____ (Name, Vorname, Anschrift, Beruf)

Angaben zu Unterkunft

Personenanzahl in der Wohnung	☐Ich wohne alleine ☐Wir wohnen zu zweit ☐außer mir wohnen noch ____ Personen in der Wohnung →Gesamtzahl: _____ Person(en)
Unterkunfts- und Heizkosten	Kaltmiete: _____ € Nebenkosten: _____ € Heizkosten: _____ € Gesamtmiete: _____ € Wann gab es die letzten Änderungen? _____ Welche? _____ Wird das Warmwasser dezentral aufgeheizt? ☐nein, mit der Heizungsanlage ☐ja, folgende: ☐Gas-/Stromboiler ☐Sonstiges:_____ Sind Änderungen angekündigt worden? ☐nein ☐ja, folgende: _____

Angaben zu Einkommen

	Leistungsbezieher*in 1	**Leistungsbezieher*in 2/Partner*in**
Altersrente	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €
Erwerbsunfähig-keitsrente	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €
Betriebsrente	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €
Witwenrente	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €
Auslandsrente (Währung angeben)	☐nein ☐ja, Höhe:_____	☐nein ☐ja, Höhe:_____
Private Rente/ Riesterrente	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €
sonstige Rente	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €
Rentenzuschlag	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €	☐nein ☐ja, Höhe:_____ €
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € (Nachweise beilegen)	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € (Nachweise beilegen)
Einkünfte aus Kapitalvermögen	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € (Nachweise beilegen)	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € (Nachweise beilegen)
Miet- oder Pachteinkünfte	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € (Nachweise beilegen)	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € (Nachweise beilegen)
Arbeitseinkommen (Lohnabrechnung beilegen)	Arbeitgeber: _____ _____ ☐Festgehalt: _____ ☐Stundenlohn, durchschnittlicher Lohn pro Monat: _____ ☐selbständig	Arbeitgeber: _____ _____ ☐Festgehalt: _____ ☐Stundenlohn, durchschnittlicher Lohn pro Monat: _____ ☐selbständig
Ausstehende Einkünfte	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € Wovon? _____	☐nein ☐ja, Höhe:_____ € Wovon? _____

	Leistungsbezieher*in 1	Leistungsbezieher*in 2/Partner*in
Sonstiges Einkommen	☐Kindergeld: _____ € ☐Unterhalt: _____ € ☐Pflegekasse: _____ € ☐Krankenkasse: _____ € ☐Sonstige: _____	☐Kindergeld: _____ € ☐Unterhalt: _____ € ☐Pflegekasse: _____ € ☐Krankenkasse: _____ € ☐Sonstige: _____

Angaben zu Vermögen im In- und Ausland

	Leistungsbezieher*in 1	Leistungsbezieher*in 2/Partner*in
Bargeld	Höhe: _____ €	Höhe: _____ €
Girokonto	Inhaber: _____ IBAN: _____ Kontostand: _____ € Datum Kontostand: _____	Inhaber: _____ IBAN: _____ Kontostand: _____ € Datum Kontostand: _____
Tagesgeldkonto	Inhaber: _____ IBAN: _____ Kontostand: _____ € Datum Kontostand: _____	Inhaber: _____ IBAN: _____ Kontostand: _____ € Datum Kontostand: _____
Sparkonto	Inhaber: _____ IBAN: _____ Kontostand: _____ € Datum Kontostand: _____	Inhaber: _____ IBAN: _____ Kontostand: _____ € Datum Kontostand: _____
Sonstige	Sonstige Konten sind auf einem gesonderten Blatt Papier aufzulisten	
Gesamtanzahl Bankkonten	☐1 ☐2 ☐3 ☐mehr: _____	☐1 ☐2 ☐3 ☐mehr: _____
Versicherungen (die <u>aktuelle</u> Vertragspolice muss beigefügt werden)	☐Lebensversicherung ☐Hausratversicherung ☐Haftpflichtversicherung ☐Unfallversicherung ☐Sterbegeldversicherung ☐sonstige: _____	☐Lebensversicherung ☐Hausratversicherung ☐Haftpflichtversicherung ☐Unfallversicherung ☐Sterbegeldversicherung ☐sonstige: _____
Bausparvertrag	☐nein ☐ja (Vertragspolice beilegen)	☐nein ☐ja (Vertragspolice beilegen)
Aktien/Fonds etc.	☐nein ☐ja (Nachweis beilegen)	☐nein ☐ja (Nachweis beilegen)
KFZ	☐nein ☐Ja, folgendes: Marke, Modell: _____ Kilometerstand: _____ Baujahr/EZ: _____	☐nein ☐dasselbe Auto ☐Ja, folgendes: Marke, Modell: _____ Kilometerstand: _____ Baujahr/EZ: _____
Grundstücke	☐nein ☐ja (Nachweis beilegen)	☐nein ☐ja (Nachweis beilegen)
Immobilien	☐nein ☐ja (Nachweis beilegen)	☐nein ☐ja (Nachweis beilegen)
Sonstiges (z.B. Wertgegenstände)		

Zusatzinformationen

	Leistungsbezieher*in 1	**Leistungsbezieher*in 2/Partner*in**
Rechtliche Betreuung/ Bevollmächtigung	☐nein ☐ja, bitte ausfüllen: Name: _____ Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____ Kontaktdaten: _____	☐nein ☐ja, bitte ausfüllen: Name: _____ Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____ Kontaktdaten: _____
Pflegegrad	beantragt ☐nein ☐ja, am _____ bewilligt ☐nein ☐ja, am _____ gewährter Grad: _____	beantragt ☐nein ☐ja, am _____ bewilligt ☐nein ☐ja, am _____ gewährter Grad: _____
Schwer-behinderten-ausweis	☐nein ☐beantragt am _____ ☐ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ Merkzeichen G oder aG?☐ja ☐nein	☐nein ☐beantragt am _____ ☐ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ Merkzeichen G oder aG?☐ja ☐nein
Abwesenheits-zeiten	☐nein ☐ja, von _____ bis _____ wegen: _____ ☐Auslandsaufenthalt ☐Kurzzeitpflege oder ähnliches ☐Krankenhaus/Reha	☐nein ☐ja, von _____ bis _____ wegen: _____ ☐Auslandsaufenthalt ☐Kurzzeitpflege oder ähnliches ☐Krankenhaus/Reha
Krankheits-bedingte kostenaufwändige Ernährung	☐nein ☐ja, auf Grund folgender Erkrankung: _____	☐nein ☐ja, auf Grund folgender Erkrankung: _____
Gab es noch nicht genannte Änderungen? ☐nein ☐ja, folgende: _____ _____ _____		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen, sowie den Erhalt und die Kenntnisnahme des Merkblattes **Hinweise und Schlusserklärungen**. Mir ist bekannt, dass ich ein Strafverfahren wegen Betrugs zu erwarten habe, wenn ich wissentlich falsche Angaben mache oder absichtlich etwas verschweige. Des Weiteren wurde ich darüber informiert, dass ich die bisher entstandenen und noch entstehenden Sozialhilfekosten zurückzahlen muss, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Künftige Änderungen in den Vermögensverhältnissen werde ich unaufgefordert und unverzüglich mitteilen.

_____ _____

Datum, Unterschrift Leistungsbezieher*in
Unterschrift rechtliche Betreuung

Datum, Unterschrift Leistungsbezieher*in
Unterschrift rechtliche Betreuung

Hinweise und Schlusserklärungen

1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhand mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich Mitarbeitenden der Sozialhilfebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

3. Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

4. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich Ansprüche gegen Dritte geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

Wichtige Information zu Auslandsaufenthalten

§ 41a SGB XII Vorübergehender Auslandsaufenthalt:
„Leistungsberechtigte, die sich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, erhalten nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen."

Das bedeutet für Sie:
Es wird keine Sozialhilfe gezahlt, wenn Sie länger als vier Wochen im Ausland sind. Sie müssen uns mitteilen, dass Sie wieder in Deutschland sind. Erst dann können Sie erneut Sozialhilfe bekommen.

Hinweis zu Ihrer Mitwirkungspflicht:
Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nach § 60 Abs. 1 SGB I sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet. D. h., Sie haben alle Angaben zu Tatsachen anzugeben, die für die Bearbeitung der Sozialhilfe erforderlich sind. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die Sozialhilfe nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.

Das bedeutet für Sie:
Bevor Sie ins Ausland reisen, müssen Sie der zuständigen Sachbearbeitung mitteilen, dass Sie z. B. in Urlaub gehen oder Ihre Familie im Ausland besuchen.