

Eingang	<b>Antrag auf</b>	Aktenzeichen:
	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (3.Kapitel SGB XII) <input type="checkbox"/> Grundsicherungsleistungen (4.Kapitel SGB XII)	

**Hinweis:**  
Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. **Alle Fragen sind zu beantworten / anzukreuzen / zu „entwerten“.**

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Für weitere Informationen zum Datenschutz beachten Sie die Information gemäß Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) auf den Seiten 27/28.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 19 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf Seite 19 zu bestätigen.

**1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen**  
bei mehr als zwei Personen bitte unter Punkt 2. bzw. auf gesonderten Blatt ergänzen.

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Antragstellende Person 1	<input type="checkbox"/> Antragstellende Person 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft
Name		
Vorname		
Ggf. Geburtsname		
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, ORT	<hr/> <hr/>	
(Freiwillig: Telefon und Email Adresse)	<hr/>	
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Bürger-Identifikations- Nr./Steuer-ID		
Rentenversicherungs- Nr.		
Postabrechnungs-Nr.		

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

	1. Person	2. Person
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in, Einreise in die BRD am: <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> sonstiger Status _____	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer/in, Einreise in die BRD am: <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte/r <input type="checkbox"/> sonstiger Status _____
Planen Sie in den kommenden zwölf Monaten einen Auslandsaufenthalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ab wann und wie lange? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, ab wann und wie lange? _____
Besteht eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Verpflichtungserklärung _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Verpflichtungserklärung _____
Wurde eine gesetzliche Betreuungsperson bestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (falls ja, Kopie der Bestellsurkunde beifügen)  Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (falls ja, Kopie der Bestellsurkunde beifügen)  Name und Anschrift der bestellten Betreuungsperson: _____ _____ _____ _____
Leben Sie in einer <b>besonderen Wohnform</b> (vormals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vorher</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? _____ _____ _____ _____

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

	1. Person	2. Person
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Pflegeheim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vor der Aufnahme in die Einrichtung</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, wo haben Sie <b>vor der Aufnahme in die Einrichtung</b> gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? _____ _____ _____ _____
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen nach dem SGB XII erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: von wem? _____ _____ bis wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: von wem? _____ _____ bis wann? _____

**2. Familienverhältnisse**

Außer der nachfragenden Person und der Ehegatten/der Ehegattin, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft oder Lebenspartner/in **leben noch im gemeinsamen Haushalt:** z. B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte  
 Bei mehr als vier Personen bitte Beiblatt verwenden

	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Name				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit / aufenthaltsrechtl. Status				
Leistungen der Eingliederungshilfe? (z. B. WfbM, Tagesstätte)				
Verwandtschafts- verhältnis zu Antragsteller/in 1 (A1)	A1: _____	A1: _____	A1: _____	A1: _____
Antragsteller/in 2 (A2)	A2: _____	A2: _____	A2: _____	A2: _____

**3. Unterhalt**

	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b> <i>(nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/in ist)</i>
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und Kindern (leiblich oder adoptiert) ausgeübt?	Elternteil 1: _____ Elternteil 2: _____ Kind 1: _____ Kind 2: _____ weitere Kinder: _____	Elternteil 1: _____ Elternteil 2: _____ Kind 1: _____ Kind 2: _____ weitere Kinder: _____
Können Sie sich vorstellen, dass eine der genannten Personen ein jährliches Einkommen von mehr als 100.000 Euro im Jahr hat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche Person(en)? _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche Person(en)? _____ _____
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner/innen einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert <i>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert <i>(bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)</i>
Falls ja: Familienname, Vorname des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Ehegattin bzw. Partners/Partnerin	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Anschrift: Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

	1. Person	2. Person (nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/in ist)
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Jährliches Einkommen des/der getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/ Ehegattin bzw. Partners/ Partnerin in EUR	_____	_____

**4. Fragen zur Bedarfsfeststellung**

Sofern Sie in einer „**besonderen Wohnform**“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben, füllen Sie bitte **nur 4.4** aus.

**4.1 Bedarfe für die Unterkunft** - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung / einem Haus leben!

Anzahl der Personen im Haushalt: _____	Wohnfläche (qm): _____	Baujahr des Hauses: _____	Anzahl der Räume: _____
Sie sind: <input type="checkbox"/> Hauptmieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer/in ( <b>siehe 4.3.</b> ) <input type="checkbox"/> Hauseigentümer/in ( <b>siehe 4.3.</b> ) <input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Nießbrauchsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Sie haben freies Wohnrecht		Falls Sie nicht Hauptmieter/in der Wohnung sind: Name und Anschrift des Hauptmieters/ der Hauptmieterin: _____ _____ _____	
Leben Sie in einer Wohngemeinschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Kosten der Unterkunft (monatlich)**

Kaltmiete	_____ EUR
Nebenkosten (ohne Heizung)	_____ EUR
Gesamtkosten der Unterkunft (Bruttokaltmiete)	_____ EUR
In den oben genannten Beträgen der Kosten der Unterkunft sind enthalten:	
Kosten für Haushaltsstrom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Schönheitsreparaturen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für den Fernsehempfang über Kabel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Möblierung/Teilmöblierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

**4.2 Bedarfe für die Heizung** - Nur auszufüllen von Personen, die in einer Wohnung / einem Haus leben!

Höhe der monatlichen Heizkosten	_____ EUR
Energieart	<input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> sonstige, nämlich _____
In den monatlichen Heizkosten sind enthalten:	
Kosten für den Haushaltsstrom und Kochenergie (Gas)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Die Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral (z.B. „Boiler“)
Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z. B. Durchlauferhitzer/ Boiler) vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**4.3 Haus-/Wohneigentum**

**Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!**

**4.4 Monatliche Kosten der Unterkunft** – Nur auszufüllen von Personen, die in einer „besonderen Wohnform“ (ehemals stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) leben!

Zahl der Personen im persönlichen Wohnraum	<input type="checkbox"/> 1 Person <input type="checkbox"/> 2 Personen
<b>Gesamtkosten</b> der Unterkunft (Wohnkosten incl. Nebenkosten & Heizung)	_____ EUR
Davon Grundmiete:	_____ EUR
Zuschläge insgesamt:	_____ EUR
Zuschlag für Möblierung des persönlichen Wohnraums	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Zuschlag für Wohn- und Wohnnebenkosten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Zuschlag für Haushaltsstrom, die Instandhaltung von persönlichen Räumlichkeiten sowie den Gemeinschaftsräumen und für die Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Zuschlag für Gebühren für Kommunikation und den Zugang zu Rundfunk, Fernsehen und Internet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR
Die Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral (z.B. „Boiler“)
Ist eine separate Messeinrichtung für die dezentrale Warmwasseraufbereitung (z. B. Durchlauferhitzer/ Boiler) vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

<b>Gilt für 4.1 und 4.2</b> Sofern der Leistungsanspruch ausreicht, sollen folgende Zahlungen direkt an den Vermietenden bzw. an den Energieversorger gezahlt werden:  <b>Bitte beachten Sie: Bedarfe für Haushaltsstrom werden nicht gesondert berücksichtigt sondern direkt von Ihrem Regelsatz beglichen</b>	<input type="checkbox"/> Miete und Nebenkosten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Heizkosten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Haushaltsstrom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**4.5 Mehrbedarf**

	1. Person	2. Person
Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor? <i>(Ggf. Kopie des Feststellungsbescheids beifügen!)</i>	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____  Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____  Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja voraussichtl. Entbindungstermin: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja voraussichtl. Entbindungstermin: _____
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  <i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  <i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i>
Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche

**4.6 Kranken- /Pflegeversicherung**

(Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

	1. Person	2. Person
Wo sind Sie kranken- bzw. pflegeversichert?	Name der Krankenkasse: _____ Mitglied seit: _____	Name der Krankenkasse: _____ Mitglied seit: _____
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung
KV-Mitgliedsnummer		
Höhe des Beitrags	Monatlich _____ EUR	Monatlich _____ EUR
Haben Sie eine ausländische Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls Sie aktuell nicht krankenversichert sind, wo waren Sie zuletzt versichert?	Name der Krankenkasse: _____ _____	Name der Krankenkasse: _____ _____
Leistungen der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> als Sachleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

**5. Einkommen** (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten zwölf Monate beifügen!)

z. B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für zwölf Monate)

**5.1 Renteneinkommen**

Einkommensart/ Leistung	1. Person		2. Person	
Ich erhalte Renten/ Pensionen (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/ -zulage, Pflegegeld zur Rente, o. ä.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja,	Bezeichnung/ Rentenart	Monatlicher Betrag in EUR	Bezeichnung/ Rentenart	Monatlicher Betrag in EUR
		brutto		brutto
		netto		netto
		brutto		brutto
		netto		netto
Betriebsrente/ Werksrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	brutto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	brutto
		netto		netto
Ausländische Renten/ Pensionen oder Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	brutto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	brutto
		netto		Netto
Ich habe eine Rente beantragt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____ bei: _____ Versicherungs-Nr.: _____ Welche Rente wurde beantragt? _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____ bei: _____ Versicherungs-Nr.: _____ Welche Rente wurde beantragt? _____	
Ich habe einen Antrag auf Anerkennung nach dem Opferentschädigungsges etz (OEG) gestellt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____ bei: _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am: _____ bei: _____	
Ich habe freiwillige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung/ betriebliche Altersvorsorge eingezahlt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<i>Wenn ja, bitte Nachweise beifügen</i>				

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

Einkommensart/ Leistung	1. Person		2. Person	
Ich habe im Ausland gearbeitet und es wurden Beiträge in die dortige Rentenkasse abgeführt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <small>Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und zum Zeitraum (ggf. Extrablatt nutzen)</small>		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <small>Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Staat und zum Zeitraum (ggf. Extrablatt nutzen)</small>	
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Ich bin einer Erwerbstätigkeit im Ausland nachgegangen, ohne Beiträge in die Rentenkasse zu zahlen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja, sind die kompletten Arbeitsverläufe inkl. Nachweise (u. a. Arbeitsverträge) auf der letzten Seite dieses Antrags darzulegen (inkl. genauer Zeitangaben der Tätigkeit und Höhe des Verdienstes beim jeweiligen Arbeitgeber).			
Ich erhalte einen Grundrentenzuschlag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja, bitte Nachweise beifügen			

**5.2 andere Einkommensarten**

Einkommensart/ Leistung	1. Person		2. Person	
		Monatlicher Betrag in EUR		Monatlicher Betrag in EUR
Nichtselbstständige Tätigkeit (z. B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Entgelt der WfbM	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistung der Krankenkasse (einschließlich Arbeitgeberzuschuss)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert	<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert
Sonstige Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

Einkommensart/ Leistung	1. Person		2. Person	
		Monatlicher Betrag in EUR		Monatlicher Betrag in EUR
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bürgergeld / Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z. B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z. B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Kinderzuschlag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ausbildungsförderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld von Dritten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Einkünfte aus dem In- und Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**6. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge** (soweit nicht bereits unter Nummer 5 berücksichtigt – entsprechende Nachweise wie z.B. Beitragsbescheide sind beizufügen)

Ausgaben	1. Person		2. Person	
		Monatlicher Betrag in EUR		Monatlicher Betrag in EUR
Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

Ausgaben	1. Person		2. Person	
		Monatlicher Betrag in EUR		Monatlicher Betrag in EUR
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Beiträge für Berufsverbände, Gewerkschaften, Sozialverbände o. ä.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Kosten für öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle in km				
Nutzung eines	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa		<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	

**7. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen im In- und Ausland** (entsprechende Nachweise sowie Kontoauszüge bitte beifügen!)

Art des Vermögens	1. Person		2. Person	
		Betrag/Wert in EUR		Betrag/Wert in EUR
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksame Leistungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Kontoguthaben (z. B. Onlinekonten wie „PayPal“)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wertpapiere/Aktien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schmuck oder Edelmetalle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges Vermögen im In- und Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente, Rürup- Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Fällig am		Fällig am
Sonstige nicht gesetzliche (private) Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Fällig am		Fällig am
Kapital- oder Risikolebensversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

	1. Person	2. Person
Kraftfahrzeug(e) Motorrad Mofa etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Amtliches Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Amtliches Kennzeichen: _____
	Kilometerstand: _____	Kilometerstand: _____
	Baujahr: _____	Baujahr: _____
	Modell: _____	Modell: _____
	Typ: _____	Typ: _____
	geschätzter Wert: _____	geschätzter Wert: _____

	1. Person		2. Person	
		Höhe in EUR		Höhe in EUR
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____ _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____ _____	
Hauseigentum bzw. Wohneigentum <small>(bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert und Größe der Immobilie beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstiger Grundbesitz <small>(bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert und Größe des Grundstücks beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**8. Vermögensübertragungen**

	1. Person	2. Person
Wurde Vermögen in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde  Falls ja, wann? _____ In Höhe von: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde  Falls ja, wann? _____ In Höhe von: _____

**9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers**

	1. Person	2. Person
Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung oder besondere Wohnform verlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjährige/r außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	1. Person	2. Person
Haben Sie jemals im Ausland gelebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitraum: _____ Wohnort: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitraum: _____ Wohnort: _____ _____ _____

**10. Eventuell zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:**

Bankverbindung	
Name und Vorname des Kontoinhabenden	
IBAN	
BIC	
Name und Sitz des Geldinstitutes	
Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



## 12. Beratung

Als Leistungsbeziehende Person stehen Ihnen – **bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen** – unter Umständen folgende Vergünstigen zu:

**Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht** beim ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservice, wenn Sie Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU), Grundsicherung oder andere Leistungen nach dem SGB XII beziehen.

In bestimmten Tarifen der Telekom kann Ihnen bei Vorlegen des Befreiungsbescheides des ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservices ein **Sozialtarif** eingeräumt werden.

**Auf Antrag** ein Mehrbedarf beim Bezug von Grundsicherung oder HLU, wenn Sie das **Merkzeichen „G“** im Schwerbehindertenausweis oder -bescheid haben und die Altersgrenze nach § 41 Abs.2 SGB XII überschritten haben oder jünger und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und das Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis oder -bescheid haben.

Der Erwerb einer kostenfreien Wertmarke (Voraussetzung: Grad der Behinderung von mindestens 50 und das Merkzeichen „G“, „H“ oder „Gl“), zu beantragen beim Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, wenn Sie Leistungen für den Lebensunterhalt nach dem SGB XII beziehen.

Die Teilnahme am Fahrdienst für außergewöhnlich gehbehinderte Menschen oder Rollstuhlfahrer, wenn Sie das **Merkzeichen „aG“** im Schwerbehindertenausweis oder –bescheid haben, solange für diese freiwillige Leistung der Stadt Hildesheim finanzielle Mittel noch zur Verfügung stehen.

Bei Gewährung von HLU oder Grundsicherung steht **auf Antrag werdenden Müttern** ab der 13. Schwangerschaftswoche ein Mehrbedarf zu, wenn der Mutterpass vorgelegt wird.

**Auf Antrag** ein **Mehrbedarf bei Alleinerziehung**, wenn Sie ein Kind oder mehrere Kinder unter 18 Jahren allein versorgen, wird bei der HLU oder der Grundsicherung gewährt.

**Auf Antrag** ein **Mehrbedarf für Menschen mit Behinderung** nach dem 15. Geburtstag, wenn Sie Leistungen der Eingliederungshilfe in Form von Hilfen zur Schulbildung oder Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung nach § 112 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Neunten Buches (SGB IX) und daneben HLU oder Grundsicherung beziehen.

Ein **Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung bei schweren Erkrankungen mit Gewichtsverlust, bei Niereninsuffizienz oder Zöliakie**. Ein ärztliches Attest muss **dem Antrag** beigelegt werden und die Erforderlichkeit durch das Gesundheitsamt bestätigt werden.

**Auf Antrag** sind **einmalige Leistungen für Erstausstattungen für die Wohnung** einschließlich Haushaltsgewerten, für **Erstausstattungen für Bekleidung** und **Erstausstattungen bei Schwangerschaft und Geburt** sowie für **Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen** sowie die **Miete von therapeutischen Geräten** möglich. Alle übrigen Bedarfe oder Ersatzbeschaffungen sind durch erhöhte Regelleistungen seit Inkrafttreten des SGB XII abgegolten und müssen durch ein Ansparen aus der Regelleistung selbst gedeckt werden.

### **Wohnungsberechtigungsschein:**

Ein "B-Schein" (Wohnungsberechtigungsschein) dient als Nachweis dafür, dass Sie die Voraussetzungen zum Bezug einer geförderten Wohnung erfüllen. Wenn Wohnungen für bestimmte Personengruppen gefördert wurden (zum Beispiel für Rollstuhlfahrerinnen und –fahrer oder für Alleinerziehende) dient der Wohnberechtigungsschein als Nachweis, dass Sie zu dieser Personengruppe gehören.

Bei Bezug von Grundsicherungsleistungen ist der B-Schein, der bei der Stadt Hildesheim, Fachbereich Bürgerangelegenheiten, FB 32.2.5 Wohngeld/Elterngeld, Markt 2, 31134 Hildesheim, beantragt werden kann, gebührenfrei!

Auch private Vermieter, Wohnungsunternehmen oder Genossenschaften verlangen vor der Vermietung einer geförderten Wohnung einen Wohnberechtigungsschein vom Mietinteressenten.

Der Wohnberechtigungsschein legt auch fest, wie groß die geförderte Wohnung sein darf, die Sie beziehen können.

Gesetzlich geregelt ist dabei: 1 Person: 50 qm - 2 Personen: 60 qm - 3 Personen: 75 qm - jede weitere Person: + 10 qm

Im Einzelfall können höhere Wohnflächen gelten, bitte lassen Sie sich entsprechend beraten.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich Beratungsstellen aufsuchen kann. Adressen sind im Folgenden abgedruckt.

Ich weiß, dass ich im Rahmen meiner Möglichkeiten aktiv zur Überwindung meiner Notlage mitwirken muss. Die dazu erforderliche Hilfe und Unterstützung vom Fachbereich Soziales und Senioren will ich annehmen.

### **Beratungsadressen in alphabetischer Reihenfolge:**

#### **Caritasverband für Stadt und Landkreis Hildesheim e.V.**

Beratungsangebote:

Allgemeine Lebens- und Sozialberatung, Jugend-, Erziehungs- und Familienberatungsstelle, Legasthenieberatung, Migrationsdienst, Schuldnerberatung, Schwangerenberatung, Suchtberatung

Pfaffenstieg 12, 31134 Hildesheim

Telefon: 05121/1677-0

E-Mail: [zentrale@caritas-hildesheim.de](mailto:zentrale@caritas-hildesheim.de) / Internet: [www.caritas-hildesheim.de](http://www.caritas-hildesheim.de)

#### **Diakonisches Werk Hildesheim-Sarstedt**

Beratungsangebote:

allgemeine Sozialberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Schuldnerberatung, Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung,

Klosterstr.6, 31134 Hildesheim

Telefon: 05121/1675-0 (mit Anrufbeantworter)

E-Mail: [DW.Hildesheim@evlka.de](mailto:DW.Hildesheim@evlka.de) / Internet: [www.diakonie-hildesheim.de](http://www.diakonie-hildesheim.de)

### **Drogenhilfe Hildesheim**

Beratungsangebote:

Schuldnerberatung, Suchtberatung (nur illegale Drogen), Suchtprävention

Jakobistr. 28, 31134 Hildesheim

Telefon: 05121 / 69605-0

Internet: [www.drobs-hi.de](http://www.drobs-hi.de)

### **Erziehungsberatung Stadt und Landkreis Hildesheim**

Beratungsangebote:

Allgemeine Erziehungsberatung

Bischof-Janssen-Str. 31, 31134 Hildesheim

Email: [Erziehungsberatung@landkreishildesheim.de](mailto:Erziehungsberatung@landkreishildesheim.de) / Internet: [www.landkreishildesheim.de](http://www.landkreishildesheim.de)

### **EUTB – Unabhängige Teilhabeberatung Stadt und Landkreis Hildesheim e.V.**

Beratung zu allen Fragen zum Thema „Teilhabe“ (Detailliertes Angebot siehe Homepage)

Osterstr. 6, 31134 Hildesheim

Telefon: 05121-2820941

E-Mail: [info@teilhabeberatung-hildesheim.de](mailto:info@teilhabeberatung-hildesheim.de) / Internet: [www.teilhabeberatung-hildesheim.de](http://www.teilhabeberatung-hildesheim.de)

### **Sozialberatungszentrum Hildesheim (Sozialverband Deutschland)**

Beratungsangebot (allgemeine Sozialberatung) nur für Mitglieder des SoVD:

Von-Voigts-Rhetz-Str. 2, 31135 Hildesheim,

Telefon: 05121-74790 Telefax: 05121-747921,

E-Mail: [info@sovd-hildesheim.de](mailto:info@sovd-hildesheim.de) / Internet: [www.sovd-hildesheim.de](http://www.sovd-hildesheim.de)

### 13. Mitwirkungspflichten

Mir ist bekannt, dass ich **sämtliche** Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **unverzüglich** dem Fachbereich Soziales und Senioren mitzuteilen habe. Dies gilt auch für Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der mit mir zusammenlebenden Personen.

**Insbesondere** sind anzuzeigen:

- Änderungen in den Einkommensverhältnissen, z. B. Einkommen aus Arbeitstätigkeit (auch aus geringfügiger Beschäftigung), Renten, Leistungen des Arbeitsamtes, Kindergeld, Unterhalt, Wohngeld, sonstige Einkünfte in Geld oder Geldeswert. Dies betrifft auch Einkommen aus dem Ausland
- Änderungen in den Vermögensverhältnissen, z. B. Bank- und Sparguthaben, Grundbesitz und sonstiges verwertbares Vermögen. Auch bei Vermögen im Ausland.
- Änderungen in den Familienverhältnissen
- Änderungen bei mit mir zusammenlebenden Personen (Ehemann, Ehefrau, Kinder, Lebenspartner, andere Personen)
- Aufnahme von Personen in meinen Haushalt oder Auszug von Personen
- Wohnungswechsel
- Änderung der Unterkunftskosten/Miete oder Nebenkosten
- Finanzielle Unterstützungen oder Gewährung von Sachleistungen durch Dritte
- Heim-, Kur- oder Krankenhausaufenthalte
- Auslandsaufenthalte von mehr als 4 Wochen (28 Tage)

**Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGBX, § 103 SGBXII). Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden.**

**Außerdem beachte ich folgendes:**

Ist die Sozialhilfezahlung durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt worden, sind die Kosten gem. §§ 103, 104 SGB XII zu erstatten

Ich habe während des Bezuges von Sozialhilfe alle Geldbeträge so zu verwalten, dass sie den Lebensunterhalt für den gesamten Bewilligungszeitraum decken können und Geldverluste nicht eintreten. Bei Nichtbeachtung kann die Sozialhilfe wegen unwirtschaftlichen Verhaltens gem. § 26 SGB XII gekürzt werden.

**Erklärung**

Den Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 3. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einem gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. Die Information gemäß Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

Es besteht noch Informations bzw. Beratungsbedarf und es wird um ein persönliches Gespräch gebeten. Durch eine Beratung kann geklärt werden, ob weitere Bedarfe bestehen, die zu berücksichtigen sind.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner/in in der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Ort und Datum
Ort und Datum

1. Person Unterschrift
2. Person Unterschrift



## **14. Beratung und Mitwirkung sowie Bearbeitungshinweise für den Antrag**

Die folgenden Seiten dienen lediglich Ihrer Information und sind zum Verbleib für Ihre Unterlagen bestimmt

Als Leistungsbeziehende Person stehen Ihnen – **bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen** – unter Umständen folgende Vergünstigen zu:

**Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht** beim ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservice, wenn Sie Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU), Grundsicherung oder andere Leistungen nach dem SGB XII beziehen.

In bestimmten Tarifen der Telekom kann Ihnen bei Vorlegen des Befreiungsbescheides des ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservices ein **Sozialtarif** eingeräumt werden.

**Auf Antrag** ein Mehrbedarf beim Bezug von Grundsicherung oder HLU, wenn Sie das **Merkzeichen „G“** im Schwerbehindertenausweis oder -bescheid haben und die Altersgrenze nach § 41 Abs.2 SGB XII überschritten haben oder jünger und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und das Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis oder -bescheid haben.

Der Erwerb einer kostenfreien Wertmarke (Voraussetzung: Grad der Behinderung von mindestens 50 und das Merkzeichen „G“, „H“ oder „Gl“), zu beantragen beim Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, wenn Sie Leistungen für den Lebensunterhalt nach dem SGB XII beziehen.

Die Teilnahme am Fahrdienst für außergewöhnlich gehbehinderte Menschen oder Rollstuhlfahrer, wenn Sie das **Merkzeichen „aG“** im Schwerbehindertenausweis oder –bescheid haben, solange für diese freiwillige Leistung der Stadt Hildesheim finanzielle Mittel noch zur Verfügung stehen.

Bei Gewährung von HLU oder Grundsicherung steht **auf Antrag werdenden Müttern** ab der 13. Schwangerschaftswoche ein Mehrbedarf zu, wenn der Mutterpass vorgelegt wird.

**Auf Antrag** ein **Mehrbedarf bei Alleinerziehung**, wenn Sie ein Kind oder mehrere Kinder unter 18 Jahren allein versorgen, wird bei der HLU oder der Grundsicherung gewährt.

**Auf Antrag** ein **Mehrbedarf für Menschen mit Behinderung** nach dem 15. Geburtstag, wenn Sie Leistungen der Eingliederungshilfe in Form von Hilfen zur Schulbildung oder Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung nach § 112 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Neunten Buches (SGB IX) und daneben HLU oder Grundsicherung beziehen.

Ein **Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung bei schweren Erkrankungen mit Gewichtsverlust, bei Niereninsuffizienz oder Zöliakie**. Ein ärztliches Attest muss dem Antrag beigelegt werden und die Erforderlichkeit durch das Gesundheitsamt bestätigt werden.

**Auf Antrag** sind **einmalige Leistungen für Erstaussstattungen für die Wohnung** einschließlich Haushaltsgeräten, für **Erstaussstattungen für Bekleidung** und **Erstaussstattungen bei Schwangerschaft und Geburt** sowie für **Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen**

AZ:

**Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen** sowie die **Miete von therapeutischen Geräten** möglich. Alle übrigen Bedarfe oder Ersatzbeschaffungen sind durch erhöhte Regelleistungen seit Inkrafttreten des SGB XII abgegolten und müssen durch ein Ansparen aus der Regelleistung selbst gedeckt werden.

### **Wohnungsberechtigungsschein:**

Ein "B-Schein" (Wohnungsberechtigungsschein) dient als Nachweis dafür, dass Sie die Voraussetzungen zum Bezug einer geförderten Wohnung erfüllen. Wenn Wohnungen für bestimmte Personengruppen gefördert wurden (zum Beispiel für Rollstuhlfahrerinnen und –fahrer oder für Alleinerziehende) dient der Wohnberechtigungsschein als Nachweis, dass Sie zu dieser Personengruppe gehören.

Bei Bezug von Grundsicherungsleistungen ist der B-Schein, der bei der Stadt Hildesheim, Fachbereich Bürgerangelegenheiten, FB 32.2.5 Wohngeld/Elterngeld, Markt 2, 31134 Hildesheim, beantragt werden kann, gebührenfrei!

Auch private Vermieter, Wohnungsunternehmen oder Genossenschaften verlangen vor der Vermietung einer geförderten Wohnung einen Wohnberechtigungsschein vom Mietinteressenten.

Der Wohnberechtigungsschein legt auch fest, wie groß die geförderte Wohnung sein darf, die Sie beziehen können.

Gesetzlich geregelt ist dabei: 1 Person: 50 qm - 2 Personen: 60 qm - 3 Personen: 75 qm - jede weitere Person: + 10 qm

Im Einzelfall können höhere Wohnflächen gelten, bitte lassen Sie sich entsprechend beraten.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich Beratungsstellen aufsuchen kann. Adressen sind im folgenden abgedruckt.

Ich weiß, dass ich im Rahmen meiner Möglichkeiten aktiv zur Überwindung meiner Notlage mitwirken muss. Die dazu erforderliche Hilfe und Unterstützung vom Fachbereich Soziales und Senioren will ich annehmen.

### **Beratungsadressen in alphabetischer Reihenfolge:**

#### **Caritasverband für Stadt und Landkreis Hildesheim e.V.**

Beratungsangebote:

Allgemeine Lebens- und Sozialberatung, Jugend-, Erziehungs- und Familienberatungsstelle, Legasthenieberatung, Migrationsdienst, Schuldnerberatung, Schwangerenberatung, Suchtberatung

Pfaffenstieg 12, 31134 Hildesheim

Telefon: 05121/1677-0

E-Mail: zentrale@caritas-hildesheim.de / Internet: www.caritas-hildesheim.de

#### **Diakonisches Werk Hildesheim-Sarstedt**

Beratungsangebote:

allgemeine Sozialberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Schuldnerberatung, Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung,

Klosterstr.6, 31134 Hildesheim  
Telefon: 05121/1675-0 (mit Anrufbeantworter)  
E-Mail: [DW.Hildesheim@evlka.de](mailto:DW.Hildesheim@evlka.de) / Internet: [www.diakonie-hildesheim.de](http://www.diakonie-hildesheim.de)

### **Drogenhilfe Hildesheim**

Beratungsangebote:  
Schuldnerberatung, Suchtberatung (nur illegale Drogen), Suchtprävention

Jakobistr. 28, 31134 Hildesheim  
Telefon: 05121 / 69605-0  
Internet: [www.drobs-hi.de](http://www.drobs-hi.de)

### **Erziehungsberatung Stadt und Landkreis Hildesheim**

Beratungsangebote:  
Allgemeine Erziehungsberatung

Bischof-Janssen-Str. 31, 31134 Hildesheim  
Email: [Erziehungsberatung@landkreishildesheim.de](mailto:Erziehungsberatung@landkreishildesheim.de) / Internet: [www.landkreishildesheim.de](http://www.landkreishildesheim.de)

### **EUTB – Unabhängige Teilhabeberatung Stadt und Landkreis Hildesheim e.V.**

Beratung zu allen Fragen zum Thema „Teilhabe“ (Detailliertes Angebot siehe Homepage)

Osterstr. 6, 31134 Hildesheim  
Telefon: 05121-2820941  
E-Mail: [info@teilhabeberatung-hildesheim.de](mailto:info@teilhabeberatung-hildesheim.de) / Internet: [www.teilhabeberatung-hildesheim.de](http://www.teilhabeberatung-hildesheim.de)

### **Sozialberatungszentrum Hildesheim (Sozialverband Deutschland)**

Beratungsangebot (allgemeine Sozialberatung) nur für Mitglieder des SoVD:

Von-Voigts-Rhetz-Str. 2, 31135 Hildesheim,  
Telefon: 05121-74790 Telefax: 05121-747921,  
E-Mail: [info@sovd-hildesheim.de](mailto:info@sovd-hildesheim.de) / Internet: [www.sovd-hildesheim.de](http://www.sovd-hildesheim.de)

### **Ihre Mitwirkungspflichten :**

Mir ist bekannt, dass ich **sämtliche** Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **unverzüglich** dem Fachbereich Soziales und Senioren mitzuteilen habe. Dies gilt auch für Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der mit mir zusammenlebenden Personen. **Inbesondere** sind anzuzeigen:

- Änderungen in den Einkommensverhältnissen, z. B. Einkommen aus Arbeitstätigkeit (auch aus geringfügiger Beschäftigung), Renten, Leistungen des Arbeitsamtes, Kindergeld, Unterhalt, Wohngeld, sonstige Einkünfte in Geld oder Geldeswert. Dies betrifft auch Einkommen aus dem Ausland
- Änderungen in den Vermögensverhältnissen, z. B. Bank- und Sparguthaben, Grundbesitz und sonstiges verwertbares Vermögen. Auch bei Vermögen im Ausland.
- Änderungen in den Familienverhältnissen
- Änderungen bei mit mir zusammenlebenden Personen (Ehemann, Ehefrau, Kinder, Lebenspartner, andere Personen)

## Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

- Aufnahme von Personen in meinen Haushalt oder Auszug von Personen
- Wohnungswechsel
- Änderung der Unterkunftskosten/Miete oder Nebenkosten
- Finanzielle Unterstützungen oder Gewährung von Sachleistungen durch Dritte
- Heim-, Kur- oder Krankenhausaufenthalte
- Auslandsaufenthalte von mehr als 4 Wochen (28 Tage)

**Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen muss ich erstatten (§§ 45, 50 SGBX, § 103 SGBXII). Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen können auch Kontendaten beim Bundeszentralamt für Steuern in einem Kontenabrufverfahren gemäß § 93 Absatz 8 Abgabenordnung im elektronischen Verfahren eingeholt werden.**

### **Außerdem beachte ich folgendes:**

Ist die Sozialhilfezahlung durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt worden, sind die Kosten gem. §§ 103, 104 SGB XII zu erstatten

Ich habe während des Bezuges von Sozialhilfe alle Geldbeträge so zu verwalten, dass sie den Lebensunterhalt für den gesamten Bewilligungszeitraum decken können und Geldverluste nicht eintreten. Bei Nichtbeachtung kann die Sozialhilfe wegen unwirtschaftlichen Verhaltens gem. § 26 SGB XII gekürzt werden.

## Hinweise zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

### **Allgemeines:**

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden nach den Regelungen des Vierten Kapitels des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) gewährt.

**Leistungsberechtigt wegen Alters** kann nur sein, wer die Altersgrenze erreicht hat. Die Geburtsjahrgänge bis 1946 haben die Altersgrenze mit Vollendung des mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreicht. Die Geburtsjahrgänge 1947, 1948 usw. bis Geburtsjahrgang 1957 erreichen die Altersgrenze mit Vollendung eines Lebensalters von 65 Jahren und einem Monat bzw. zwei usw. bis elf Monaten (Beispiele: Geburtstag 9. August 1947 – Altersgrenze erreicht am 9. September 2012; Geburtstag am 31. Juli 1948 – Altersgrenze erreicht am 30. September 2013; Geburtstag am 30. August 1952 – Altersgrenze erreicht am 28. Februar 2018).

**Leistungsberechtigt wegen einer dauerhaften, vollen Erwerbsminderung** kann sein, wer das 18. Lebensjahr vollendet, aber noch nicht das 65. Lebensjahr sowie die vom Geburtsjahrgang abhängigen zusätzlichen Lebensmonate vollendet hat. Zudem muss es sich um eine dauerhafte, volle Erwerbsminderung – unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage – handeln und es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

Die Feststellung, ob diese Voraussetzung vorliegt, trifft der zuständige Rentenversicherungsträger in einem Gutachten.

Leistungsberechtigt kann aber auch sein, wer:

- im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter (§60 SGB IX) beschäftigt ist oder
- das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) durchläuft oder
- eine betriebliche Ausbildung absolviert, für die ein Budget für Ausbildung (§ 61a SGB IX) gezahlt wird oder
- ein Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) bezieht oder
- eine Tagesförderstätte besucht.

## Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII – Fortsetzung

AZ:

Allerdings stehen Leistungen der Grundsicherung nur dann zu, wenn das Einkommen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken, und auch Vermögen nicht einzusetzen ist.

Leben Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft zusammen, so wird auch das Einkommen und Vermögen des bzw. der Anderen berücksichtigt.

Darüber hinaus kann die Unterhaltspflicht des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartners eine Rolle spielen. Die Unterhaltspflicht von Eltern und Kindern bleibt dagegen unberücksichtigt, es sei denn, dass im Einzelfall ein sehr hohes Einkommen vorhanden ist (**jährlich mehr als 100.000 EUR je Unterhaltsverpflichteten**).

Keinen Anspruch auf Grundsicherung haben Personen, die ihre Bedürftigkeit in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Der Antrag enthält viele leistungsrelevante Fragen, die für die Bearbeitung erforderlich sind. Durch sorgfältiges Ausfüllen vermeiden Sie Nachfragen und damit zeitliche Nachteile.

### Leistungen bei vorübergehendem 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 (§ 41a SGB XII). Das heißt Grundsicherungsleistungen können bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt längstens für vier Wochen geleistet werden. Für Zeiten über diese vier Wochen hinaus, entfällt der Anspruch auf Grundsicherungsleistung bis zur nachgewiesenen Rückkehr aus dem Ausland. Auslandsaufenthalte mit Dauer über vier Wochen hinaus sind daher rechtzeitig im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht anzuzeigen.

### Zu 1: Persönliche Verhältnisse

Eine eheähnliche Gemeinschaft besteht zwischen zusammen lebenden und wirtschaftenden Partnern unabhängig vom Geschlecht, die füreinander einstehen und sich füreinander verantwortlich fühlen.

„Lebenspartner“ sind eingetragene Partner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Bei mehr als zwei Personen in Ihrem Haushalt machen Sie bitte unter Punkt 2 bzw. auf einem separaten Blatt zusätzliche Angaben!

Für die Klärung der Zuständigkeitsfrage ist es wichtig, die Aufenthaltsverhältnisse vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus u. a. m.) darzulegen.

Darüber hinaus ist z. B. bei Umzug wichtig, ob am bisherigen Wohnort bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt wurden.

### Zu 3: Unterhalt

Nach § 94 Abs. 1a SGB XII bleiben Unterhaltsansprüche einer grundsicherungsberechtigten Person gegenüber ihren Kindern und Eltern grundsätzlich unberücksichtigt, sofern deren jährliches Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV (steuerrechtliches Gesamteinkommen) jeweils unter dem Betrag von 100.000 EUR jährlich liegen. Das Einkommen mehrerer Kinder wird nicht zusammengerechnet. Sofern Anhaltspunkte vorliegen, dass die Einkommensgrenze von 100.000 EUR überschritten wird, kann verlangt werden, dass die Daten der betreffenden Personen angegeben werden. Unterhaltsansprüche bei getrennt Lebenden oder Geschiedenen sind generell zu verfolgen.

### Zu 4.1: Kosten der Unterkunft

Zur Grundsicherung gehören auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung. Ohne Beantwortung dieser Fragen ist keine Bedarfsbemessung möglich.

Wenn Sie Fragen haben zur Höhe der Angemessenheit oder eine neue Wohnung suchen, so lassen Sie sich bitte beraten. **Es wird empfohlen, vor Abschluss eines neuen Mietvertrages die Zustimmung dazu einzuholen, da nur bei vorheriger Zustimmung die angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie für Wohnungsbeschaffungskosten, Mietkautionen und Umzugskosten übernommen werden können.**

Bei dauerhaftem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus u. a. m.) können Fragen zu Unterkunft und Heizung unbeantwortet bleiben, da hier ein Durchschnittsbetrag angesetzt wird.

### **Zu 5: Einkommen**

Grundsicherungsleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens.

Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert.

Soweit eine spezielle Einkommensart im Vordruck nicht aufgeführt sein sollte, ist dieses Einkommen unter Sonstige Einkünfte zu erfassen.

**Nicht** zum anzurechnenden Einkommen gehört z. B. das Arbeitsförderungsgeld in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

### **Zu 6: Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge**

Ihr anzurechnendes Einkommen verringert sich u. a. durch gezahlte Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen werden nur abgesetzt, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Werbungskosten werden abgesetzt, soweit sie zur Erzielung des Einkommens notwendig sind.

### **Übergangsregelung zum Freibetrag bei Grundrentenzeiten und vergleichbaren Zeiten**

Nach § 143 SGB XII hat der Träger für die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ohne Berücksichtigung eines eventuellen Freibetrages nach § 82a SGB XII zu entscheiden, so lange ihm nicht durch eine Mitteilung des Rentenversicherungsträgers oder berufsständischer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen nachgewiesen ist, dass die Voraussetzungen für die Einräumung des Freibetrages vorliegen.

### **Zu 7: Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen**

Zum Vermögen gehört das gesamte verwertbare Vermögen.

Bitte geben Sie hier auch an, wenn Sie noch Ansprüche gegen Dritte haben, z. B. Erbansprüche, Rückforderungen aus Verträgen oder Schenkungen o. ä.

Folgendes Vermögen muss **nicht** verwertet werden:

- Vermögen, das aus öffentlichen Mitteln zum Aufbau oder zur Sicherung einer Lebensgrundlage oder zur Gründung eines Hausstandes gewährt wird,
- Kapital einschließlich seiner Erträge, das der zusätzlichen Altersvorsorge im Sinne des § 10a oder des Abschnitts XI des Einkommensteuergesetzes dient und dessen Ansammlung staatlich gefördert wurde,
- sonstiges Vermögen, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines Hausgrundstücks bestimmt ist, soweit dieses Wohnzwecken behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen dient oder dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde,
- angemessener Hausrat; dabei sind die bisherigen Lebensverhältnisse der nachfragenden Person zu berücksichtigen,
- Gegenstände, die zur Aufnahme oder Fortsetzung der Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind,
- Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für die nachfragende Person oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde,
- Gegenstände, die zur Befriedigung geistiger, besonders wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen und deren Besitz nicht Luxus ist,
- ein angemessenes selbstgenutztes Hausgrundstück. Die Angemessenheit bestimmt sich nach der Zahl der Bewohner, dem Wohnbedarf (z. B. behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen) Grundstücksgröße, der Hausgröße, dem Zuschnitt und der Ausstattung des Wohngebäudes sowie dem Wert des Grundstücks einschließlich des Wohngebäudes,
- kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte; dabei ist eine besondere Notlage der nachfragenden Person zu berücksichtigen (grundsätzlich: Alleinstehende 10.000 EUR,
- Ehegatte/Ehegattin/ Lebenspartner/in bzw. Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft zuzüglich 10.000 EUR, für jede andere überwiegend unterhaltene Person zuzüglich 500 EUR).

### **Zu 8: Vermögensübertragungen**

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewertung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.

**Information gemäß Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

**Vorbemerkung**

Die Stadt Hildesheim verarbeitet für die Erfüllung ihrer Aufgaben Ihre personenbezogenen Daten. Aus diesem Grund gebe ich Ihnen an dieser Stelle Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Artikel 13 DSGVO.

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung**

Stadt Hildesheim, Fachbereich 50 Soziales und Senioren, Hannoversche Str. 6,  
31134 Hildesheim  
Telefon: 0049 5121 301-0  
E-Mail: [soziales@stadt-hildesheim.de](mailto:soziales@stadt-hildesheim.de)

**Datenschutzbeauftragte**

Stadt Hildesheim, Markt 2, 31134 Hildesheim  
Datenschutzbeauftragte  
Telefon: 0049 5121 301-1311  
E-Mail: [datenschutz@stadt-hildesheim.de](mailto:datenschutz@stadt-hildesheim.de)

**Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung personenbezogener Daten**

Die Stadt Hildesheim, Fachbereich Soziales und Senioren, verarbeitet personenbezogene Daten insbesondere bei der Wahrnehmung folgender Aufgaben:

- Gewährung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), auch im Zusammenhang mit den Sozialgesetzbüchern V und XI
- Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
- Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Gewährung von Leistungen für Bildung und Teilhabe nach dem Bundeskindergeldgesetz in Verbindung mit dem SGB II
- Gewährung von Landesblindengeld nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld
- Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet (StrRehaG) sowie nach dem Gesetz über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (BerRehaG)
- Gewährung von Beihilfen und Darlehen der Johannishofstiftung
- Unterbringung von wohnungslosen Personen nach dem Niedersächsischen Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung
- Heimaufsicht nach dem Niedersächsischen Gesetz über unterstützende Wohnformen

Die Daten werden aufgrund der folgenden Rechtsgrundlagen erhoben:  
Artikel 6 DSGVO, Niedersächsisches Datenschutzgesetz, Bundesstatistikgesetz (BStatG), Teil II der Jahresstatistik der Sozialhilfe sowie die o.g. gesetzlichen Grundlagen

### **Kategorien von Empfängern von personenbezogenen Daten**

Die Stadt Hildesheim, Fachbereich Soziales und Senioren, darf an andere öffentliche Stellen im Inland (siehe § 2 Bundesdatenschutzgesetz) Daten übermitteln oder Daten innerhalb der Verwaltungseinheit weitergeben, soweit dies zur Erfüllung ihrer eigenen oder in der Zuständigkeit des Empfängers liegenden Aufgabe erforderlich und gesetzlich zulässig ist.

Es findet keine Übermittlung an Drittländer statt.

### **Dauer der Speicherung**

Die über eine Person gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für ihre Zweckbestimmung nicht mehr erforderlich sind und der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Unter Punkt 3 aufgeführte Daten von Leistungs- und Zahlungsempfängern sind nach Artikel 17 DSGVO i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB X zu löschen, sobald der unter Punkt 3 genannte Zweck entfällt bzw. – wenn es sich um haushaltsrelevante Daten handelt – nach 10 Jahren gem. §§ 38 und 41 der Niedersächsischen Verordnung über die Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplans sowie die Abwicklung der Kassengeschäfte der Kommunen (Kommunale Haushalts- und Kassenverordnung).

### **Betroffenenrechte**

Jede von Datenverarbeitung betroffene Person kann Auskunft über diese verarbeiteten Daten verlangen. Des Weiteren besteht das Recht, soweit zutreffend, auf Berichtigung, Löschung oder Vervollständigung der personenbezogenen Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit innerhalb der gesetzlichen Grenzen.

### **Widerrufrecht bei Einwilligungen**

Wenn Sie in die Datenerhebung durch die Stadt Hildesheim, Fachbereich Soziales und Senioren (siehe 1.) durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

### **Beschwerderecht**

Jede von Datenverarbeitung betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass ihre personenbezogenen Daten rechtswidrig verarbeitet werden.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Prinzenstraße 5

30159 Hannover

Telefon: 0049 511 120-4500

E-Mail: [Poststelle@LFD.Niedersachsen.de](mailto:Poststelle@LFD.Niedersachsen.de)