

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

## nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch (SGB) XII

für:

Name(n) der Person(en), die Sozialhilfe beantragt/beantragen

wird folgende Leistung beantragt:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)
- Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel)
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)
- Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (7. Kapitel SGB XII)
- Hilfe zur Pflege in Einrichtungen/Pflegeheimen (7. Kapitel SGB XII)  
(beinhaltet eine Prüfung auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und eine Prüfung auf Hilfen zum Lebensunterhalt)
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (8. Kapitel SGB XII)
- Hilfe in anderen Lebenslagen (9. Kapitel SGB XII)  
(für Hilfen nach § 74 SGB XII – Bestattungskosten bitte eigenes Antragsformular verwenden)

Begründung:

Ausgabedatum:

ausgegeben von:

① Persönliche Verhältnisse	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	Ehegatte/Lebenspartner/Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden (Kopie Scheidungsurteil beifügen) <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden (Kopie Scheidungsurteil beifügen) <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Staatsangehörigkeit ggf. Aufenthaltsrechtlicher Status		
ggf. Jahr des Zuzugs nach Deutschland		
Vertriebenenausweis (§§ 1 bis 3 BvFG), Spätaussiedler (§ 4 BvFG)		
Wohnanschrift: Straße, Hausnr.  PLZ, Ort		
Telefon (für Rückfragen)		
Ausweispapiere	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.
Ausstellungstag- und -behörde		
Erwerbsminderung/Arbeitsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit ggf. Grund hierfür	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis (Kopie beifügen)	ausgestellt am: _____ gültig bis: _____ Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ausgestellt am: _____ gültig bis: _____ Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
erlernter Beruf		
derzeit/zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
derzeitiger/letzter Arbeitgeber		

② weitere Personen	Personen, die auch in der Haushaltsgemeinschaft leben (weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!)			
	1	2	3	4
Name (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum nachfragenden Person/Antragsteller(in)				
Beruf				
Arbeitgeber				

Falls eine der unter ① oder ② genannten Personen ein nichteheliches Kind ist, sind folgende Angaben zu machen:  
(weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!)

Name der Person / des Kindes				
Name des / der Unterhaltspflichtigen				
Vorname des / der Unterhaltspflichtigen				
Wohnanschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort				
Name des Vormunds / Pflegers				
Vorname Vormunds / Pflegers				
Anschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort				
festgestellter monatl. Unterhaltsbetrag				
Höhe der tatsächlichen Zahlungen				
Datum, Aktenzeichen des Urteils, oder Beschlusses				
ausgefertigt durch				

**③ Einkommensverhältnisse (alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)**

Art des Einkommens monatlich in EURO	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebens- partner/Partner eheähnliche Gemeinschaft	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 1	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 2	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 3	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 4
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen - nichtselbstständige Tätigkeit						
Einkommen - selbstständige Tätigkeit						
Einkommen - Vermietung, Verpachtung						
Leistungen der Krankenkasse						
Leistungen Agentur für Arbeit						
Rente/Pension						
Rente/Pension						
Rente/Pension						
Leistungen Bundesversorgungsgesetz						
Lastenausgleich						
Kindergeld, Erziehungsgeld						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Wohngeld/Lastenzuschuss						
sonstige Einkünfte:						
sonstige Einkünfte:						

**④ vom Einkommen abzusetzende Beträge (alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)**

	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebens- partner/Partner eheähnliche Gemeinschaft	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 1	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 2	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 3	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 4
keine absetzbare Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entrichtete Steuern auf Einkommen						
Kranken-, Pflegeversicherung						
Arbeitslosenversicherung						
Rentenversicherung						
Altersvorsorgebeiträge						
sonstige Vers.:						
sonstige Vers.:						
sonstige Vers.:						
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
Benutztes Verkehrsmittel						
Entfernung Wohnung / Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
weitere Werbungskosten						
Sonstiges:						
Sonstiges:						

⑤ Vermögensverhältnisse		(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)				
Art des Vermögens in EURO	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/Partnereheähnliche Gemeinschaft	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 1	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 2	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 3	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 4
kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bargeld						
Bank- / Sparguthaben						
Bank- / Sparguthaben						
Wertpapiere, Depotwerte						
Lebensversicherung(en) Rückkaufwert(e)						
Hauseigentum						
sonstiger Grundbesitz						
Kraftfahrzeug(e): Marke, Typ, Kennzeichen, Erstzulassung						
Ansprüche aus Übergabeverträgen Art: (Nießbrauch, Wohnrecht, etc.) Wert:						
staatl. geförderte private Altersvorsorge						
Bestattungsvorsorgevertrag						
sonstiges Vermögen:						
sonstiges Vermögen:						
sonstiges Vermögen:						
sonstiges Vermögen:						

⑥ Kosten der Unterkunft (monatlich)		(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)			
a) Miete	Zahl der Personen in der Wohnung			Jahr der Bezugsfertigkeit	
	Wohnfläche		m <sup>2</sup>	davon untervermietet	m <sup>2</sup>
	Gesamtkosten der Unterkunft		€	Einnahmen aus Untervermietung	€
	davon: Kaltmiete		€		
	Nebenkosten		€		
	Heizungskosten		€		
	Kosten für Kochfeuerung enthalten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Kosten für Warmwasseraufbereitung enthalten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kosten für Strom		€			
b) Haus-/Wohnungseigentum	bei Hauseigentum: Zahl der Wohnungen			Einnahmen aus Vermietung:	€
	Wohnfläche selbstgenutzter Wohnraum		m <sup>2</sup>		
	dauernde Lasten (z.B. Erbpachtzins)		€		
	Grundsteuer		€		
	öffentliche Abgaben (z.B. Müllabfuhr, o. ä.)		€		
	Kosten für Wasser		€		
	Kosten für Strom		€		
	Kosten für Schornsteinfeger		€		
	Haftpflichtversicherung für Grundbesitz		€		
	Feuerversicherung		€		
	sonstige Kosten:		€		
	sonstige Kosten:		€		
	sonstige Kosten:		€		
	Schuldverpflichtungen:	Zinsen:	€	Tilgung:	€
Schuldverpflichtungen:	Zinsen:	€	Tilgung:	€	Gläubiger:
Schuldverpflichtungen:	Zinsen:	€	Tilgung:	€	Gläubiger:
Schuldverpflichtungen:	Zinsen:	€	Tilgung:	€	Gläubiger:

a) Vermögensübertragung

Wurde Vermögen vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?

- Nein
- Ja (siehe beigefügte Urkunde / Vertrag)

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

b) Versicherungsansprüche

Besteht eine Mitgliedschaft in einer **Krankenversicherung/Pflegeversicherung**?

- Nein
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Versicherungsnummer
- pflichtversichert  Rentner/in  Rentenantragsteller/in
- freiwilliges Mitglied  privat versichert  nach § 264 SGB V
- familienversichert bei: \_\_\_\_\_

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

- Nein  Ja, am: \_\_\_\_\_

**Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid über die Festsetzung eines Pflegegrades beifügen!**

Bestehen Ansprüche gegen einen **Rentenversicherungsträger** (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist)?

- Nein
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Rentenversicherungsnummer
- Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Besteht eine **Sterbegeldversicherung** (auch Nachweis über Rückkaufwert beifügen)?

- Nein
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Versicherungsnummer

Besteht eine **Lebensversicherung** (auch Nachweise über Rückkaufwert(e) beifügen)?

- Nein
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Versicherungsnummer
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Versicherungsnummer

c) sonstige Ansprüche

Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)

- Nein
- Ja, bei \_\_\_\_\_

Bestehen **Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)** oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?

- Nein  Ja, als:  Beschädigter/Beschädigte
- Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwe/Witwe/Waise/Eltern)

Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?

- Nein
- Ja, Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_  
(Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Bestehen **sonstige Ansprüche**? (z. B. Schadensersatzanspruch, private Unfallversicherungen, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. - wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungs-Nr. und Anschrift des/der Verpflichteten angeben)

- Nein
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Art
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Art
- Ja, bei \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Art

⑧ unterhaltspflichtige Angehörige (z.B.: Kinder, Eltern, getrennt lebende/r oder geschiedene/r Ehegatte/Ehegattin)	(weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!)				
	1	2	3	4	5
Name (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Geburtsdatum, Geburtsort					
Familienstand					
Wohnanschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort					
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum nachfragenden Person/Antragsteller(in)					
Beruf					
Arbeitgeber					
Existiert ein Unterhaltstitel?	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein
<b>Bei Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung:</b> Verfügt ein Kind bzw. verfügen die Eltern gemeinsam vermutlich über Einkommen ab 100.000 EUR jährlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

⑨ Sonstiges	
<b>a) Heimunterbringung, Leistungen im betreuten Wohnen</b>	Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> teilstationär: _____ Name der Einrichtung/Träger des Betreuten Wohnens      Aufnahmetag
	Bei Pflegeheimunterbringung: Liegt eine Pflegeeinstufung durch die Pflegekasse vor?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen) <input type="checkbox"/> beantragt am: _____
	Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgeannten Wohnort übereinstimmt):  _____ von _____ bis _____ Ort, Straße  _____ von _____ bis _____ Ort, Straße  _____ von _____ bis _____ Ort, Straße
<b>b) Angaben über früheren Leistungsbezug</b>	Wurde bereits früher Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung bzw. Grundsicherung für Arbeitssuchende bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  _____ von _____ bis _____ Behörde  _____ von _____ bis _____ Behörde
	Wann, woher und aus welchem Grund erfolgte ein Umzug in den Kreis Offenbach? _____
	Wurde der Umzug durch eine Behörde bezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____
	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertritts: _____

<b>⑩ Allgemeines</b>	<b>(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)</b>
<b>a) Bevollmächtigung</b>	Ist für eine der im Antrag genannten Personen durch ein Gericht ein/e Betreuer/in oder Vormund eingesetzt?  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>Name</span> <span>Gericht, Aktenzeichen</span> </div> _____ Name, Anschrift des Betreuers/der Betreuerin/Vormundes
	Existiert für eine der im Antrag genannten Personen eine (Vorsorge-) Vollmacht?  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für: _____ _____ Name, Anschrift des/der Bevollmächtigten
<b>b) Bankverbindung für Auszahlung der Leistungen</b>	_____
	Kontoinhaber/in (falls abweichend von Antragsteller/in)
	IBAN _____ BIC _____
	Geldinstitut _____

**Informationen gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

Gemäß Art. 13 DSGVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der gewünschten Verwaltungshandlung zu informieren.

<b>Kontaktdaten</b>	Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DSGVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:	Der Kreisausschuss des Kreises Offenbach vertreten durch Herrn Landrat Oliver Quilling Werner-Hilpert-Straße 1, 63128 Dietzenbach Telefon: 06074/8180-0, E-Mail: info@kreis-offenbach.de
	Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG	Herr Rainer Bauer Werner-Hilpert-Straße 1, 63128 Dietzenbach Telefon: 06074/8180-5408, E-Mail: datenschutz@kreis-offenbach.de

**Ihre Rechte als Betroffene/r:**  
 Als betroffene Person informieren wir Sie darüber, dass Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DSGVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DSGVO, ein Recht auf Daten gem. Art. 17 DSGVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DSGVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DSGVO sowie in den Fällen des Art. 21 Abs. 1 und 2 DSGVO ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung haben.  
 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 DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.  
 Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, sich wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.  
**Zuständige Aufsichtsbehörde:** Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden

<b>Umfang der Verarbeitung</b>	Die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten werden zu folgendem Zweck verarbeitet:	Bearbeitung des Antrages nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII).
	Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in:	Art. 6 Abs. 1 Buchst. c und e EU-DSGVO, §§ 67ff. SGB X, § 35 SGB I sowie ggf. Art. 9 Abs. 2 Buchst. b und f EU-DSGVO
	Ihre Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Anliegens an folgende Empfänger weitergeleitet:	Behörden, Gerichte, Leistungsanbieter, Einrichtungsträger, Unterhaltsverpflichtete, Sozialleistungsträger, Kranken- und Pflegeversicherung (soweit im Antragsverfahren erforderlich).
	Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehende Dauer gespeichert. Danach werden diese gelöscht:	5 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Sozialverwaltungsverfahren abgeschlossen wurde.
	Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus folgendem Grund erforderlich:	Die Bereitstellung ist gesetzlich vorgeschrieben.
	Folgen im Falle, dass Sie nicht bereit sind, die erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen:	Die beantragten Leistungen können nicht – oder ggf. nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung - bewilligt werden.

**Hinweis:**

Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Nachweise benötigt. Der Antrag ist daher sorgfältig auszufüllen; die Richtigkeit der gemachten Angaben ist durch Unterschrift zu bestätigen.

Ihre Mitwirkungsverpflichtungen ergeben sich aus §§ 60 ff. SGB I. Ihre Angaben werden teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern, gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

**Erklärung der nachfragenden Person(en) oder des/der gesetzlichen Vertreters/in falls diese/r Antragsteller/in ist:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit, geringfügige Beschäftigung usw.) ist vor Aufnahme der Arbeit der bewilligenden Stelle anzuzeigen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB I) bin ich außerdem verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialhilfeleistung erforderlich ist.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist sowie eine Rückforderung zu Unrecht erhaltener Leistungen erfolgen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden und entsprechend der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Stellen weitergegeben werden können.

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter/Bevollmächtigte(r)	Unterschrift Ehegatten/Ehegattin, Lebenspartner(in), Partner(in) eheähnliche Gemeinschaft

Name, Anschrift der Stelle, die bei der Aufnahme des Antrages mitgewirkt hat	Ort, Datum	Unterschrift der aufnehmenden Stelle

**Ansprechpartner(in) für evtl. Rückfragen:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort:

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
Fax:

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse