

**GSH: Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -**

Leistungen in Einrichtungen / im Betreuten Wohnen / im Begleiteten Wohnen in Familien / in einer Pflegefamilie / als Persönliches Budget

Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen	
Name der Einrichtung/Träger des Betreuten Wohnens/ Familie: _____ Aufnahmetag: _____	
1	<input type="checkbox"/> stationär _____
2	<input type="checkbox"/> teilstationär * _____ (* bei Werkstätten für behinderte Menschen ist ergänzend Anlage T - LWV 01 - 3 - 204 - auszufüllen)
3	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen _____
4	<input type="checkbox"/> Begleitetes Wohnen in Familie/in Pflegefamilie _____
5	<input type="checkbox"/> freiwillig
6	<input type="checkbox"/> auf Antrag des/der <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Vormunds <input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin
7	<input type="checkbox"/> aufgrund HFEG
7.1	<input type="checkbox"/> § 1 HFEG aufgrund gerichtlichen Beschluss vom _____ Az. des Gerichts: _____
7.2	<input type="checkbox"/> § 10 HFEG aufgrund polizeilicher Anordnung vom _____
8	<input type="checkbox"/> sonstige Rechtsgrundlage: _____ Az. des Gerichts: _____ <small>(bitte angeben, z.B.: § 1906 BGB)</small>

Ergänzende Leistungen

9	z. B. Versorgung mit Körperersatzstücken, größeren orthopädischen und größeren anderen Hilfsmitteln (außer Kfz.-Hilfen), sowie Krankenfahrzeugen - Benötigt wird:
---	---

9a	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 1-3 und 9 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget.
----	---

Angaben zur nachfragenden Person

10	Name:		
11	Vorname:		
12	Ggf. Geburtsname:		
13	Straße, Hausnummer:		
14	PLZ:	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme:	
15	Telefon:	Fax:	E-Mail-Adresse:
16	Geb.-Datum:	Staatsangehörigkeit:	
17	Geburtsort und -kreis:		
18	Geschlecht:	Familienstand (ledig/verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft/getr. lebend/geschieden/verwitwet):	seit:
19	Ausgeübter Beruf:		
20	Arbeitgeber:		

21	Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt? <input type="checkbox"/> Nein
22	<input type="checkbox"/> Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____
23	- beantragt am: _____ bei: _____ (Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen!)
24	Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____
25	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____
26	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____
27	Bestellung durch Amtsgericht: _____ (Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)
28	Wurde die Anerkennung als Aussiedler/Aussiedlerin/Vertriebener/Vertriebene/Asylberechtigter/Asylberechtigte beantragt? <input type="checkbox"/> Nein
29	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Ergebnis: _____ (Ggf. Kopien des Anerkennungsbescheides beifügen!)

Aufenthaltsverhältnisse

30	Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Aufnahme (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort übereinstimmt): von _____ bis _____ Straße, Ort: _____
31	_____
32	_____
33	_____
34	Erfolgte die Einreise aus dem Ausland? <input type="checkbox"/> Nein
35	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ aus: _____ (Zeit und Ort des Grenzübertritts)
36	Wurde nach dem Grenzübertritt Sozialhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> Nein
37	<input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____ zahlende Stelle: _____

Prüfung der Ansprüche nach dem Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG)

38	Bei Unterbringung nach dem HFEG bitte Beginn _____ und Ende _____ der HFEG-Unterbringung angeben. (Bitte Kopien des gerichtlichen Unterbringungs- und ggf. Aufhebungsbeschlusses bzw. der polizeilichen Anordnung beifügen!)
----	--

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

39	Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungsgesetz-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)? <input type="checkbox"/> Nein
40	<input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwer/Witwe/Waise/Eltern) (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
41	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? <input type="checkbox"/> Nein
42	<input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Anspruch gegen Dritte

Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?

43 Nein

Name, Anschrift:

Versicherungs-Nr.:

44 Ja, bei: _____

45 pflichtversichert

Rentner/in

als Fam.-Angehörige/r des/der _____

46 freiw. Mitglied

Rentenantragsteller/in

privat versichert

nach § 264 SGB V

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

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

47 Nein

48 Ja, am: _____

(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden?

49 Nein

Name, Anschrift:

Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.:

50 Ja, bei: _____

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

51 Nein

52 Ja, am: _____

(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Wurde Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten oder ein Anspruch gegen eine Berufsgenossenschaft geltend gemacht? (nur ausfüllen, wenn die Behinderung oder das Leiden auf einen Unfall, eine andere schadenersatzpflichtige Handlung oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist - ggf. bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben)

53 Nein

54 Ja, am: _____

gegen: _____

Ergebnis: _____

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

55 Nein

56 Ja,

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

57 Nein

58 Ja,

Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige

	Vater	Mutter	Ehegatte/ eingetr. Lebenspartner/in	Kind 1	Kind 2
59	Name, ggf. Geburtsname				
60	Vorname				
61	Geburtsdatum				
62	Straße, Haus-Nr.				
63	Wohnort				
64	Telefon				
65	Fax				
66	E-Mail-Adresse				
67	ausgeübter Beruf				
68	Arbeitgeber				

Einkommensverhältnisse,

auch die der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in bei minderjährigen unverheirateten Kindern: die Eltern). Hierfür ist Anlage E auszufüllen. Sie ist Bestandteil dieses Antrages.

Vermögensverhältnisse,

auch die der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, bei minderjährigen unverheirateten Kindern: die Eltern). Hierfür ist Anlage V auszufüllen. Sie ist Bestandteil dieses Antrages.

Erklärung der nachfragenden Person 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.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich 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.

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfall noch eine besondere Erklärung notwendig. Das Merkblatt M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

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.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw. seines/r gesetzlichen Vertreters/in, falls diese/r Antragsteller/in ist

Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Fax:

E-Mail-Adresse

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Überörtlicher Sozialhilfeträger -

VORBLATT GSH

Antrag auf Sozialhilfeleistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegenden vordruckmäßigen Sozialhilfeantrag erhalten Sie mit der Bitte um baldige Entscheidung.
(Raum für weitere Mitteilungen):

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Kosten der Unterkunft (falls erforderlich bitte gesondertes Beiblatt verwenden):

71	Monatliche Miete:	Mietnebenkosten:	Art der Nebenkosten:
72	Höhe der jährlichen Belastungen bei Haus-/Wohnungseigentum (bitte Belege beifügen):		
73	Lebt die nachfragende Person mit anderen als den in den Zeilen 58/59 genannten Personen in häuslicher Gemeinschaft?		
	<input type="checkbox"/> Nein		
74	<input type="checkbox"/> Ja, _____		

Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen):

		nachfragende Person	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in	1.	2.	3.
75	Aufwendungen für Arbeitsmittel/Fahrtkosten					
76	Beiträge zu Berufsverbänden					
77	Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung					
78	Beiträge für Versicherungen Art:					
79	Art:					
80	Art:					
81	Art:					
82	Zu leistende Unterhaltszahlungen Art:					
83	Art:					
84						

Antrag vom:	Name, Vorname der nachfragenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	---	-------------

Anlage V:

Erklärung über die Vermögensverhältnisse

der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen
 (bei Verheirateten: Ehegatte - E, bei eingetragener Lebenspartnerschaft: Lebenspartner/in – LP,
 bei minderjährigen unverheirateten Kindern: die Eltern - M/V)

85	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen.	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) folgendes Vermögen: (Bitte Belege beifügen!)
86	a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der nachfragenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!): Konto-Nr./Vertrags-Nr.: Betrag: Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/ Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/M/V/LP): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)</p>	
87	b) Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien): 	
88	c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum: Anschrift: _____ Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____ Größe: _____ Grundstücksgröße in qm: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____	
89	d) Sonstiger Grundbesitz: Art, Lage, Verkehrswert: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____	
90	e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche): 	

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)

91	Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre		
	<input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.		
92	<input type="checkbox"/> folgendes Vermögen	<input type="checkbox"/> veräußert:	<input type="checkbox"/> übertragen:
	<input type="checkbox"/> verschenkt:		
	Bezeichnung:	Wert:	Datum: an (Name, Anschrift):
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)		