

**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/als Budget für Arbeit

	Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen	
	Name der Einrichtung/Träger des Betreuten Wohnens/Familie: _____	Aufnahmetag: _____
1	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> kurzfristig <input type="checkbox"/> dauerhaft	_____
2	<input type="checkbox"/> teilstationär *	_____
	(* bei Werkstätten für behinderte Menschen/anderen Leistungsanbietern ist ergänzend Anlage THA - LWV 01-3-204 - auszufüllen)	
3	<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit	_____
	(* Bitte ergänzend Anlage THA - LWV 01 - 3 - 204 - ausfüllen.)	
4	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen*	_____
	(* bei Betreutem Wohnen ist ergänzend Anlage BW - LWV 01-3-215 - auszufüllen)	
5	<input type="checkbox"/> Begleitetes Wohnen in Familie/in einer Pflegefamilie _____	
6	<input type="checkbox"/> freiwillig	
7	<input type="checkbox"/> auf Antrag des/der	<input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Vormunds <input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten
8	<input type="checkbox"/> aufgrund folgender Rechtsgrundlage _____	Az. des Gerichts: _____
	<small>(bitte angeben, z.B.: § 1906 BGB)</small>	

Ergänzende Leistungen (Annexleistungen)

9	z. B. zur Aufrechterhaltung des Haushaltes; ambulantes Pflegegeld; Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln (außer Kfz.-Hilfen; hier ergänzend Anlage KFZ - LWV 01 - 3 - 206 - ausfüllen), sowie Krankenfahrzeugen - Benötigt wird:
----------	--

9a	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 1, 2, 4 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 (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status):	
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! Bei Antrag auf Budget für Arbeit, bitte ebenfalls Kopie des Feststellungsbescheid beifügen!)
24	Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? Liegt eine Bevollmächtigung vor? (Bitte Vollmacht beifügen!) <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/Ausweises 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 Bundesversorgungsgesetz (BVG)

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

42 Nein

Name, Anschrift:

Versicherungs-Nr.:

43 Ja, bei: _____

44 pflichtversichert

Rentner/in

als Fam.-Angehörige/r des/der _____

45 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 des Pflegegrades beifügen!)

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

46 Nein

47 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?

48 Nein

Name, Anschrift:

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

49 Ja, bei: _____

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

50 Nein

51 Ja, am: _____

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

Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? - ggf. bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben -

52 Nein

53 Ja Schadensersatzansprüche geltend gemacht am: _____ gegen: _____ Ergebnis: _____

Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (bitte Namen des Schädigers; falls bekannt auch dessen Haftpflichtversicherung angeben)

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

54 Nein

55 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)

56 Nein

57 Ja, _____

Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige

		Vater	Mutter	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> geschiedener/getrennt lebender Ehegatte <input type="checkbox"/> eingetragene/r Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Partner/in	Kind 1	Kind 2
58	Name, ggf. Geburtsname					
59	Vorname					
60	Geburtsdatum					
61	Straße, Haus-Nr.					
62	Wohnort					
63	Telefon					
64	Fax					
65	E-Mail-Adresse					
66	ausgeübter Beruf					
67	Arbeitgeber					

Einkommensverhältnisse,

auch die der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft, 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, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft, 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.

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.

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des LWV Hessen nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X (hier abrufbar: <https://www.lwv-hessen.de/datenschutzerklaerung/datenschutzhinweise-leistungen-sgb-xii/>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, 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. ihrer/ihrer gesetzlichen Vertreters/in bzw. Bevollmächtigten, 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

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

Anlage E:

Erklärung über die Einkommensverhältnisse

der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen
 (bei Verheirateten: Ehegatte, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: Lebenspartner/in, Partner/in
 in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft, bei
 minderjährigen unverheirateten Kindern: die Eltern)
 (Bitte Belege beifügen!)

68	Name des Einkommensbeziehers/ der Einkommensbezieherin	Einkommensart	Betrag €	zahlende Stelle	Aktenzeichen ggf. mit Post- abrechnungsnummer

69 Wurde eine **Rente**, eine Lohnersatzleistung (z. B. **Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld**) oder eine andere Sozialleistung (**Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII**) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

Nein

Ja, und zwar

Beantragte Leistung: Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:

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

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

Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen):

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

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,
 Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft,-P, bei
 minderjährigen unverheirateten Kindern: die Eltern-M/V)

84	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen.	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) folgendes Vermögen: (Bitte Belege beifügen!)
85	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!):	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.:	Betrag:
	<hr/> Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/M/V/LP/P):	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.:	Betrag:
	<hr/> Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/M/V/LP/P):	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.:	Betrag:
	<hr/> Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/M/V/LP/P):	
	(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)	
86	b) Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):	
87	c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:	
	Anschrift: _____	
	Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____	Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____
	Grundstücksgröße in qm: _____	Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
88	d) Sonstiger Grundbesitz:	
	Art, Lage, Verkehrswert: _____	
	Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____	
89	e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche)	

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

90	Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre		
	<input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.		
91	<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!)		