



Antrag auf Gewährung von ambulanter Hilfe

Gewünschte Hilfe:	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege ambulant <input type="checkbox"/> Einmalige Leistung		
Art der einmaligen Leistung:		Ab wann:	
Begründung:			

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung des Antrages erforderlich. Nach §§ 60 SGB I ff sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, verarbeitet und für statistische Zwecke verwendet (§§ 67a ff. Sozialgesetzbuch X, §§ 121 ff. Sozialgesetzbuch -Zwölftes Buch-).

1. Persönliche Verhältnisse	Antragsteller	Ehegatten/, Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in
1.1 Familienname (ggf. auch Geburtsname und frühere Namen)		
1.2 Vorname(n)		
1.3 Geburtsdatum		
1.4 Geburtsort/Land		
1.5 Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.6 Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt lebend, verwitwet, geschieden)		
1.7 Staatsangehörigkeit		
1.8 Straße, Nr.		
1.9 PLZ/Wohnort		
1.10 Telefon (mit Vorwahl)		
1.11 Betreuer Name Anschrift Bitte Betreuerausweis beilegen		
1.12 Aufenthaltsstatus (Ausländer)	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis Gültig bis:	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis Gültig bis:

1.13 Ausweisdokument	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Nummer:	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Nummer:
1.14 Beruf		
1.15 Arbeitgeber Adresse:		
1.16 zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
1.17 zuletzt krankenversichert bei freiwillig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> familienversichert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vom bis versichertes Familienmitglied:	vom bis versichertes Familienmitglied:
1.18 zuletzt rentenversichert bei	vom bis Versicherungsnummer:	vom bis Versicherungsnummer:
1.19 Pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte MDK-Gutachten beilegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte MDK-Gutachten beilegen
1.20 Beihilfeanspruch (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beihilfeberechtigter: _____		
Beihilfestelle: _____		
1.21 Dauernde Behinderung / Krankheit besteht		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ursache: <input type="checkbox"/> angeborene Behinderung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Schwerbehindertenausweis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beilegen
1.22 wesentlich sehbehindert Bezug von Blindengeld (bitte ggf. Bescheid beilegen)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.23 Werden jetzt oder wurden bereits früher Leistungen der Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge/ Grundsicherung bezogen? (Bitte Bescheide beifügen)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
vom	bis	Behörde:
		Hilfeart:
Kindergeld Behörde: _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterhaltsvorschuss Behörde: _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rente Behörde: _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behörde: _____		
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behörde: _____		
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behörde: _____		
Wohngeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behörde: _____		
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

1.24 Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beilegen	<input type="checkbox"/> nein
--	--	-------------------------------

2. weitere in der Hausgemeinschaft lebende Personen (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte, Bekannte usw.)				
2.1 Familienname (ggf. auch Geburtsname)				
2.2 Vorname(n)				
2.3 Geburtsdatum				
2.4 Familienstand/ Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
2.5 eigener Haushalt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
2.6 Rentenversicherungsnummer				
2.7 Staatsangehörigkeit				
2.8 Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis Gültig bis:	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis Gültig bis:	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis Gültig bis:	<input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis Gültig bis:
2.9 Beruf				
2.10 Arbeitgeber Adresse				
2.11 Bei Kindern: Schule und derzeitige Klasse				
2.12 Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit				
2.13 Bei anderen Nicht-Erwerbstätigen: Grund				

2.14 Schwerbehinderung	ja <input type="checkbox"/> bitte Schwerbehindertenausweis beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Schwerbehindertenausweis beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Schwerbehindertenausweis beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Schwerbehindertenausweis beilegen nein <input type="checkbox"/>
2.15 Erwerbsminderungsrente	ja <input type="checkbox"/> bitte Rentenbescheid beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Rentenbescheid beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Rentenbescheid beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Rentenbescheid beilegen nein <input type="checkbox"/>
2.16 Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/> bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegen nein <input type="checkbox"/>
2.17 Kostenaufwändige Ernährung	ja <input type="checkbox"/> bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegen nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegen nein <input type="checkbox"/>

3. Angehörige außerhalb der Hausgemeinschaft (Kinder, Eltern, gesch. Ehegatten, Lebenspartner, Lebensgefährte):				
3.1 Familienname (ggf. auch Geburtsname)				
3.2 Vorname(n)				
3.3 Geburtsdatum				
3.4 Familienstand/ Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
3.5 PLZ / Wohnort				
3.6 Straße, Nr.				
3.7 Staatsangehörigkeit				
3.8 Beruf				
3.9 Arbeitgeber/ Rentenversicherungs- / Pensionsträger				
3.10 Krankenkasse				
3.11 Art und Höhe des Einkommens (mtl. netto)				

Wirtschaftliche Verhältnisse des Leistungsberechtigten, seines Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten bzw. bei ledigen minderjährigen Leistungsberechtigten der Eltern

4.1. Einkommensverhältnisse

Bitte aktuelle Nachweise beifügen

4.1 Nettoeinkommen monatlich	Antragsteller/in	Ehegatte / Lebenspartner/in / Lebensgefährte/in	Eltern
4.1.1 Arbeitseinkommen	€	€	€
4.1.2 Renten/Pensionen Altersrente, Witwen-Witwerrente, Waisenrente, Betriebsrente, Un- fallrente, Erwerbsminderungsrente	€	€	€
4.1.3 Einmalige Einkünfte der letzten 12 Monate	€	€	€
4.1.4 Berufsausbildungshilfe BaföG-Leistungen	€	€	€
4.1.5 Kindergeld	€	€	€
4.1.6 Arbeitslosengeld	€	€	€
4.1.7 Arbeitslosengeld II	€	€	€
4.1.8 Unterhaltsgeld	€	€	€
4.1.9 Pflegegeld	€	€	€
4.1.10 Insolvenzgeld	€	€	€
4.1.11 Versorgungsleistungen (BVG)	€	€	€
4.1.12 Unterhaltsvorschuss (UVG)	€	€	€
4.1.13 Krankengeld	€	€	€
4.1.14 Verletztengeld	€	€	€
4.1.15 Leistungen nach dem LAG	€	€	€
4.1.16 Elterngeld	€	€	€
4.1.17 Wohngeld	€	€	€
4.1.18 Miet- / Pachteinahmen	€	€	€
4.1.19 Kapitalerträge	€	€	€
4.1.20 Übergangsgeld	€	€	€
4.1.21 Sachbezüge (freie Verpflegung, freie Unterkunft etc.)	€	€	€

Sofern keine Einkünfte erzielt wurden, bitten wir um Angabe, wovon der Lebensunterhalt sonst bestritten wurde.

4.2 Laufende Ausgaben (bitte Nachweise beifügen)			
	Art, Betrag	Art, Betrag	Art, Betrag
a) Versicherungen (z.B. freiwillige Krankenversicherung, Haftpflicht, etc.)	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
b) Mit der Erzielung des Einkommens verbundene notwendige Ausgaben (z.B. Fahrtkosten; bei Fahrten mit dem Pkw zur Arbeit bitte einfache Entfernung angeben!)	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
4.3 Besondere Belastungen (z.B. Krankheit, Behinderung, Unterstützung von Angehörigen, bitte Nachweise beifügen)			
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
4.4 Schulden (bitte Nachweise beifügen)			
Gläubiger, Art des Schuldverhältnisses und Zeitpunkt der Schuldenaufnahme	Zinsen mtl	Tilgung mtl.	derzeitige Restschuld
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

5. Vermögen (auch des Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten)			
bitte Konto-, Depotauszüge, Versicherungspolizen bzw. andere aussagekräftige Unterlagen vorlegen!			
	Konto-, Depot-Nr., Versicherungsnummer	Betrag	Bank, (Bau-)Sparkasse, Versicherung
5.1 Geld-/Sparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		€	
weiteres Geldguthaben / Bargeld →		€	
weiteres Geldguthaben / Bargeld →		€	
5.2 Anleihen, festverzinsliche Wertpapiere <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		€	
5.3 Aktien, Fonds, Genossenschaftsanteile <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		€	
5.4 Private Renten-, Lebens-, Sterbegeldversicherung, Bestattungsvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		Rückkaufswert €	

5.5 Erbensprüche, geldwerte Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		nähere Angaben	
	Art: Einfamilien-, Zweifamilien-, Miethaus, Eigentumswohnung, unbebautes Grundstück, Wald, Landwirtschaft	Anschrift, Lage, Größe (bitte beifügen: Lageplan und Einheitswertbescheid in Kopie)	Eigentümer
5.6 Haus- und/oder Grundvermögen (auch ausländischer Grundbesitz) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
weiterer Grundbesitz →			
5.7 Sonstige Vermögenswerte (Kfz., etc.) →			
	abgegebener Vermögenswert (z.B. Geld-, Grundvermögen) bitte näher bezeichnen!	Datum der Vermögensabgabe	Empfänger des Vermögens (Name und Anschrift)
5.8 Schenkungen In den letzten 10 Jahren <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
Weitere Vermögensabgabe Grund, Art →			
5.9 Vertragliche Ansprüche aus (notariellem) Übergabe-, Überlassungs-, Schenkungsvertrag Bitte (notariellen) Vertrag vollständig in Kopie beifügen!			
Anspruch auf	Vertrag vom	Notariat, Urkunden-Nr.	Name, Anschrift des Verpflichteten
Wohnrecht, Wart und Pflege, Kost, Nießbrauch, Geldleistungen etc. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			
weiterer Vertrag mit Austragsleistungen →			
Verzicht auf vertragliche Ansprüche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			Name, Anschrift des Befreiten
5.10 Aufenthaltsverhältnisse des Leistungsberechtigten vor der Aufnahme in die Einrichtung Maßgeblich ist der gewöhnliche Aufenthalt, dies ist der Ort, an dem man sich unmittelbar vor der Aufnahme in die Einrichtung nicht nur vorübergehend bzw. besuchsweise aufgehalten hat (in der Regel ist dies die letzte Wohnanschrift). Bei mehreren Aufenthaltsorten vor Heimaufnahme bitte die genaue zeitliche Abfolge der Aufenthalte angeben!			
Wie lautet die letzte Wohnanschrift bzw. wo haben Sie sich in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme in die Wohngruppe tatsächlich aufgehalten →			
Es handelte sich um eine →		<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung, eigenes Haus <input type="checkbox"/> Wohnung mit Wohnrecht <input type="checkbox"/> Mietwohnung; Miete → <input type="checkbox"/>	
		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> €	

Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de.

Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen oder zur Wahrnehmung von Prüfungsrechten und -pflichten nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BayKiBiG, BaySchFG, LAG und BStatG.

Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs. 1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.bezirk-niederbayern.de abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von unserem behördlich bestellten Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Projekt 29 GmbH & Co. KG, Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Telefon: 0941/2986930, E-Mail: info@projekt29.de erreichen können.

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialhilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Rente, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltsangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit - soweit für die Hilfestellung erforderlich - Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte, einzusehen sowie beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dort vorliegende Unterlagen anzufordern.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Meine Angaben können ggf. durch einen Kontenabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i.V.m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsopferversorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFüV erteilt.

.....
Ort, Datum

.....
**Unterschrift Leistungsberechtigter /
Betreuer/ gesetzlicher Vertreter**

.....
**Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/
Lebensgefährte**