



Grundantrag / Grunddaten

- Erstantrag**
 Weiterbewilligung

Aufnahmedatum _____

Aufgenommen durch
(bitte in Druckbuchstaben) _____

SBH _____

Telefonnummer
Sachbearbeitung _____

Personliches

Familiennamen /
ggf. Geburtsnamen _____

Person-Nr. 1

Vorname(n) _____

Geschlecht M
 W

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Familienstand _____

Seit _____

Stellung zu weiteren
Person im Haushalt _____

Staatsangehörigkeit _____

Aufenthaltsitz. /
Aufenthaltsstatus _____

Aufenthalt bis: _____

Sprachmittler/in
erforderlich Nein Ja

Wenn ja, Sprache _____

Schwerbehinderung Nein Ja, Grad: _____ %

Merkzeichen lt.
Ausweis _____

Wohnhaft

Straße, HausNr.,
Zusatze (c/o) _____

Postleitzahl, Ort _____

seit _____

Kranken- und
Pflegeversicherung

Krankenkasse /
Pflegekasse _____

Mitgliedsart gesetzlich privat
 familienvers freiwillig
 GMG unversichert

Mitgliedsnummer _____

Sonstiges: _____

Sozialversicherungs-
nummer _____

ggf. Pflegestufe _____

Erwerbstätigkeit &
Erwerbsfähigkeit

Schulabschluss _____

Beruf (-abschluss) _____

Erwerbsminderung Nein Ja, zu 100 %

Ja, zu _____ % bzw. Arbeitsfähig
pro Tag _____ h

Befristung der
Erwerbsminderung Nein Ja, _____

Befristet bis: _____

Aktuelle Tätigkeit /
Schulbesuch _____

Aktuelle Arbeitsstelle,
(falls berufstätig) _____

Arbeitszeit
(in Wochenstunden) _____

Sicheridentifikations-
nummer _____

Erreichbarkeit

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Gesetzl. Betreuung /
Vormund / Sorgerecht

Familiennamen /
Institution _____

Vorname _____

Für Person Nr.

Anschrift _____

Telefon / Mobil /
E-Mail-Adresse _____

Anlassdarstellung aus Sicht der Bürgerin / des Bürgers

Situation

Teambildung gewünscht mit

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sozialpädagogische Beratung
<small>Bezirkssozialarbeit</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB II
<small>Leistungsberatung für Arbeitsuchende, Arbeitsvermittlung</small> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB XII
<small>Hilfe zur Lebensunterhaltung / Unterstützung im Alter u. Erwerbsminderung</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB IX, XI, XII, PflegeVG
<small>Sozialhilfe, Familienhilfe, Wohnvermittlung, Bezirkssozialarbeit</small> |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem WoGG
<small>Wohnfeld</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Sicherung des Wohnverhältnisses
<small>Nachstelle zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit, Unterstützung und Vermittlung</small> |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfen nach dem SGB VIII
<small>Wirtschaftliche Jugendhilfe, Bezirkssozialarbeit, Vermittlung, Stellen, Tagesbetreuung</small> | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem UVG
<small>Unterhaltsvorschuss</small> |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem AsylBLG
<small>Asylbewerberleistungsgesetz</small> | <input type="checkbox"/> Schuldnerberatung |
| <input type="checkbox"/> Weiteres: | |

Weitere Person in der Wohnung:

Personliches

Person-Nr. 2

Familienname / ggf. Geburtsname		_____	
Vorname(n)		_____	
Geburtsdatum		Geburtsort	
_____		_____	
Familienstand		Seit:	
_____		_____	
Verhältnis zur 1. Person im Haushalt		Staatsangehörigkeit	
_____		_____	
Aufenthaltstitel / Aufenthaltsstatus		Aufenthalt bis	
_____		_____	
Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grad: %		Merkzeichen lt. Ausweis	
_____		_____	
Krankenkasse / Pflegekasse		Mitgliedsart	
_____		<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familiervers <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> GMG <input type="checkbox"/> unversichert	
Mitgliedsnummer		Sonstiges:	
_____		_____	
Sozialversicherungs- nummer		ggf. Pflegestufe	
_____		_____	
Schulabschluss		Beruf (-abschluss)	
_____		_____	
Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zu 100 %		<input type="checkbox"/> Ja, zu % bzw. arbeitsfähig pro Tag _____ h	
_____		_____	
Befristung der Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,		Befristet bis:	
_____		_____	
Aktuelle Tätigkeit		_____	
Aktuelle Arbeitsstelle <small>(falls berufstätig)</small>		_____	
Arbeitszeit <small>(in Wochenstunden)</small>		Steueridentifikations- nummer	
_____		_____	

Kranken- und
Pflegeversicherung

Erwerbstätigkeit &
Erwerbsfähigkeit

Erstantrag auf Gewährung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII und /oder Antrag auf Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII

Übertrag von Teil 1

Name _____ Vorname _____

Bedarf an

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Grundsicherung | <input type="checkbox"/> Mehrbedarf § 30 SGB XII wegen _____ |
| <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege |
| <input type="checkbox"/> Hilfe in besonderen Sozialen Schwierigkeiten | <input checked="" type="checkbox"/> Fahrkostenzuschuss im Rahmen der Altenhilfe |
| <input type="checkbox"/> Telefonhilfe im Rahmen der Altenhilfe | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Wohnverhältnisse

Vermieter _____ Telefon / Mobil _____

Anschrift _____

Vertreten durch (RA) _____

Wohnungsgröße _____ m² Baujahr _____ Anzahl der Räume _____ Heizungsart _____

Ohne festen Wohnsitz Nein Ja Wohnhaft bei wechselnden Bekannten Nein Ja

Monatliche Gesamtbelastung _____ € Grundmiete _____ €

Nebenkosten _____ € Heizung _____ €

Warmwasseraufbereitung durch _____ Untermietzuschlag/ Sonstiges (Garage) _____ €

Haushaltsenergie enthalten Nein Ja; Home: _____ € Untervermietet Nein Ja

Mietrückstände Nein Ja; Seit: _____ Ggf. Höhe der Mietrückstände _____ €

Selbst bewohnte Immobilie Wohnung Haus monatliche Zinsbelastung _____ €

monatliche Tilgung _____ € sonst. Kosten (z. B. Grundsteuer, mtl. Verbrauchskosten) _____ €

Kranken-, Pflegeversicherung

Wenn Mitgliedsbeiträge anfallen (bei gesetzlicher Pflichtversicherung oder gesetzlicher freiwilliger Versicherung oder bei privater Versicherung)

Beitragshöhe für Krankenversicherung _____ € Beitragshöhe für Pflegeversicherung _____ €

Aufnahme in Krankenversicherung wurde beantragt (freiwillige Versicherung / gesetzliche oder private Pflichtversicherung nach GKV-WSG)

Anspruch auf Krankenversorgung nach § 276 LAG Nein Ja Anspruch auf Krankenversorgung nach BVG Nein Ja

Betreuungskosten

Haus mit Betreuung nach § 67 SGB XII _____ Höhe der täglichen Betreuungskosten _____ €

Rentenversicherung Nachweis der andauernden vollen Erwerbsminderung (auch ohne Rentenbezug)

Im Punkt "Rentenversicherung" haben sich seit dem Erstantrag bzw. der letzten Überprüfung keine Änderungen ergeben.

Person Nr.	<input type="text"/>	Rentenversicherungsnummer	_____	Feststellung der Erwerbsmind. durch	_____
Person Nr.	<input type="text"/>	Rentenversicherungsnummer	_____	Feststellung der Erwerbsmind. durch	_____

Unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushalts

(getrennt lebende / geschiedene Ehegattinnen / Ehegatten, getrennt lebende Partnerinnen / Partner einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft bzw. aufgehobenen Lebensgemeinschaft, Mutter / Vater des nichtehelichen Kindes, Eltern, Kinder
Wenn die unterhaltspflichtigen Eltern oder eines der unterhaltspflichtigen Kinder vermutlich ein zu versteuerndes Einkommen von mindestens 100.000.- € erzielen, wird die Hilfe nicht nach dem 4. Kapitel, sondern nach dem 3. Kapitel gewährt!)

Unterhalt für Person(en) Nr(n).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Familienname	_____	Vorname	_____
				Geburtsdatum	_____	Familienstand	_____
				Verwandtschaftsverhältnis	_____	Beruf/aktuelle Tätigkeit	_____
				Strasse, Hausnummer	_____	Postleitzahl, Ort	_____

Unterhalt für Person(en) Nr(n).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Familienname	_____	Vorname	_____
				Geburtsdatum	_____	Familienstand	_____
				Verwandtschaftsverhältnis	_____	Beruf/aktuelle Tätigkeit	_____
				Strasse, Hausnummer	_____	Postleitzahl, Ort	_____

keine Kinder

Eltern verstorben

Einkünfte

Einkommen aus Renten und Pensionen (Ausnahme Rentenanteil w.g. Kindererziehung für vor 1921 geborene Mütter)
 Darüber hinaus Einkommen aus nicht selbständiger Tätigkeit, Leistungen der Krankenkasse, Gewerbebetrieb oder sonstigen selbständigen Tätigkeit, Land- und Forstwirtschaft, Vermietung und Verpachtung, Untervermietung, Wohngeld/Lastenzuschuss, Renten/Pensionen, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, des Lastenausgleichsamtes, der Arbeitsagentur, Leistungen für Kinder, Ausbildungsförderung, Unterhalt, privatrechtlich geldwerte Ansprüche, Steuererstattung, Kapitalerträge, sonstige Einkünfte

Person Nr.	<input type="text"/>	Einkommensart	_____	Höhe	_____ €
Person Nr.	<input type="text"/>	Einkommensart	_____	Höhe	_____ €
Person Nr.	<input type="text"/>	Einkommensart	_____	Höhe	_____ €
Person Nr.	<input type="text"/>	Einkommensart	_____	Höhe	_____ €
Person Nr.	<input type="text"/>	Einkommensart	_____	Höhe	_____ €
Person Nr.	<input type="text"/>	Einkommensart	_____	Höhe	_____ €
		Kindergeld wird gezahlt für	_____	Empfänger von Kindergeld ist	_____
		Kindergeldnummer	_____		

Vom Einkommen abzusetzen

Ausgaben i. R. v. § 82 Abs. 2 SGB XII; Versicherungen z.B.: Haftpflicht-, Hausrat-, Kfz-, Arbeitslosen-, Renten-, Unfall-, Lebens-, Sterbeversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung s.o.

Öffentliche Verkehrsmittel	€	Eigenes Kfz/ einfache Entfernung Wohnung / Arbeit	km

Vorhandene Versicherungen		Mtl. Beitragshöhe	€

Vorhandene Versicherungen		Mtl. Beitragshöhe	€

Beitrag zu VdK/ Berufsverbänden	€	Berufsbekleidung	€

Sonstiges		Höhe	€

Besondere Belastungen

Schulden / Abzahlungsverpflichtungen	€	Gläubiger (ggf. Aufstellung)	

Gesamte monatliche Ratenverpflichtung	€	Derzeitiger Schuldenstand	€

Pfändungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Art (Konto-, Gehaltspfändung, o.ä.)	
Eidesstattliche Versicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Privatinsolvenz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Unterhaltsleistungen an folgende Person		Höhe der mtl. Unterhaltszahlungen	€

Sonstiges			

Vermögenswerte

Gesamt-Bargeld	€	Gesamt-Sparguthaben / Bankguthaben	€

Person Nr. _____ Bei folgenden Banken		Kontonummer	

Person Nr. _____ Bei folgenden Banken		Kontonummer	

Person Nr. _____ Haus- / Grundbesitz, Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	(auch im Ausland; bei geschütztem Haus- / Grundbesitz Kostenersatzpflicht der Erben gem. § 102 SGB XII beacht.)	
Person Nr. _____ Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: _____ €	Staatl. geförderte priv. Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Person Nr. _____ Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kennzeichen: _____	Vertragl. Ansprüche ggü. Dritten (Wohnrecht, Nießbrauch)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Person Nr. _____ Sonstige Vermögenswerte (z.B. Bausparvertrag, Sterbegeldvers.)			
Person Nr. _____ Vermögenswerte in den letzten 10 Jahren	<input type="checkbox"/> veräußert, an _____	<input type="checkbox"/> übergeben, an _____	<input type="checkbox"/> verschenkt, an _____
	<input type="checkbox"/> Nein, weil _____	<input type="checkbox"/> Ja	

Nicht geklarte Ansprüche

Weitere noch nicht entschiedene Ansprüche des Antragstellers oder der Haushaltsangehörigen, aus denen ein Leistungsanspruch entstehen kann, z.B. aus Lastenausgleich, Sozial-, Unfallversicherung, als Kriegsbeschädigter, aufgrund von Krankheit, Schadensersatz oder aufgrund weiterer Rechtsgründe (z.B. Rentenansprüche aufgrund einer mindestens fünf Jahre andauernden Tätigkeit in Ländern außerhalb Deutschlands)

Antrag gestellt am _____	bei _____
Antrag gestellt am _____	bei _____

**Aufenthalts-
verhältnisse**

Falls Leistungen innerhalb eines Monats nach einem stationären Aufenthalt in München beantragt werden, oder falls Leistungen für einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung oder in einer ambulant betreuten Wohnform (bei Pflegebedürftigkeit oder dem Vorliegen besonderer sozialer Schwierigkeiten) beantragt werden, ist das **Formblatt "Aufenthaltsverhältnisse"** auszufüllen.

Im Punkt "Aufenthaltsverhältnisse" haben sich seit dem Erstantrag bzw. der letzten Überprüfung keine Änderungen ergeben.

Person(en)	Nr(n)	Letzter Bezug von öffentl. Leistungen (Sozialhilfe, AIG II, Jugendhilfe etc.)	Aufenthaltsort und Adresse während Leistungsbezug
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person(en)	Nr(n)	Letzter Bezug von öffentl. Leistungen (Sozialhilfe, AIG II, Jugendhilfe etc.)	Aufenthaltsort und Adresse während Leistungsbezug
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		bei der Beantragung von Leistungen in	Angabe der Adresse des unmittelbar vorherigen Aufenthalts
		<input type="checkbox"/> stat. Einrichtungen (KH, JVA, Heim) / Pflegefamilien	<input type="checkbox"/> ambulant betreuten Wohnform (Pflegebed., bes. soz. Schw.)
Person(en)	Nr(n)	Grenzübertritt aus dem Ausland am (§ 108 SGB XII)	Letzter Wohnsitz im Bundesgebiet
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person(en)	Nr(n)	Grenzübertritt aus dem Ausland am (§ 108 SGB XII)	Letzter Wohnsitz im Bundesgebiet
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geldleistungen

Auszahlung soll erfolgen: Konto Bar Postscheck

Kontoinhaber:	Bank
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer:	Bankleitzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datenweitergabe bei Pflegeleistungen/Direktzahlung an den Pflegedienst

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus einen Abdruck meines Leistungsbescheids an die Einrichtung(en), den/die Dienst(e), die Person(en), welche mit meiner Pflege betraut sind, übersendet. Diese können hieraus ersehen, in welcher Höhe vom Sozialhilfeträger Kosten übernommen werden. Des weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus Fragen der Kostenabrechnung (z.B. Anwendbarkeit von Leistungskomplexen u.ä.) direkt mit den mit meiner Pflege Betrauten klärt.

(Ihre Erklärung beruht auf Ihrer freien Entscheidung. Eine Verweigerung Ihres Einverständnisses hat keine sozialhilferechtlich negativen Folgen, führt aber ggf. zu Verzögerungen in der Abrechnung.)

Ja Nein Ich werde den mit meiner Pflege Betrauten selbst einen Abdruck des Leistungsbescheids übersenden und möchte, dass alle Fragen der Kostenabrechnung mit mir persönlich geklärt werden.

Ich bin ebenfalls einverstanden, dass eine Zahlung direkt an die Leistungserbringer erfolgen kann. Dies dient der effektiven Sicherung meines sozialhilferechtlichen Anspruchs.

Ja Nein

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich jede **Veränderung in meinen Familienverhältnissen** (dazu gehört auch ein Wechsel der Staatsangehörigkeit), **Änderungen in meinen Vermögens- und Einkommensverhältnissen**, u.s.w. meinem zuständigen Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration unverzüglich und unaufgefordert mitteilen muss. Mitzuteilen ist auch jede **Änderung der Wohnverhältnisse** (z.B. eigener Umzug, Zuzug von Personen in die Wohnung oder Auszug von in der Wohnung lebenden Personen). Über eine **vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort** (auch von Haushaltsangehörigen) muss das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration unaufgefordert informiert werden, wenn ein Zeitraum von 3 Monaten überschritten wird. Bei Krankenhausaufenthalten oder wenn zusätzlich zur Grundsicherung Sozialhilfeleistungen gewährt werden, gilt dieser Zeitraum von 3 Monaten nicht. In diesem Fall ist dem Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration jede Änderung in den Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen.

Es reicht nicht aus, wenn vorstehende Änderungen anderen Behörden (z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit) oder Dienststellen der Landeshauptstadt München (z.B. Amt für Wohnen und Migration) mitgeteilt werden.

Ich weiß, dass auch künftig von mir **angespartes Vermögen** – auch solches aus Sozialhilfeleistungen (z.B. Ansparung aus Pflegegeld) – anzugeben ist. Außerdem werde ich **Forderungen**, die ich in Zukunft erwerbe, bzw. die in Zukunft fällig werden (z.B. Renten, Erbsprüche) dem Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration unverzüglich mitteilen.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit – unabhängig von der Höhe des Einkommens – ist vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort mitzuteilen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Träger der Grundsicherung übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Krankengeld, Wohngeld, Rente) Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration geltend gemacht werden können; Ansprüche auf Unterhalt gehen bis zur Höhe der gewährten Sozialhilfe kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Angaben / Unterlagen, die wir im Zusammenhang mit der Prüfung einer Sozialhilfeleistung von einer in § 203 Abs. 1 und 3 StGB genannten Person (z.B. **Arzt**) erhalten haben, können von uns an andere Stellen weiter gegeben werden, wenn

- dies für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder
- dies für die Erfüllung unserer Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch oder
- dies für eine Aufgabe nach dem Sozialgesetzbuch derjenigen Stelle, an welche wir die Daten übermitteln, erforderlich ist. **Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie dieser Weitergabe widersprechen können.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration zur Vermeidung rechtswidriger Inanspruchnahme von Sozialhilfe befugt ist, meine Daten in dem in § 118 Abs. 4 SGB XII vorgesehenen Umfang mit der Einwohnermeldedatei und der Kfz-Datei abzugleichen. Soweit Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII (z. B. Fahrtkosten im Rahmen der Altenhilfe, Hilfe zur Pflege) bewilligt werden, werden die Daten in dem in § 118 Abs. 1 SGB XII vorgesehenen Umfang abgeglichen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die zum Bezug von Grundsicherung gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfeleistungen zurückzahlen muss, bzw. diese auch im Wege der Aufrechnung einbehalten werden können (§26 SGB XII).

München, den _____

Mir/Uns wurde ein Informationsblatt „Belehrung“ ausgehändigt

Für Ausländerinnen/Ausländer:

Ich/Wir habe/n die Erklärung in deutscher Sprache verstanden!

Mir/Uns wurde die Erklärung in meine Muttersprache übersetzt

Für die
Übersetzung:
Frau/ Herr: _____

Unterschrift
der Übersetzerin/
des Übersetzers:

Unterschrift(en) der Antragstellerinnen /
der Antragsteller

Unterschrift(en) weitere Personen
(z.B. Betreuerinnen / Betreuer)

Aufgenommen von Sachbearbeiterin /
Sachbearbeiter (Unterschrift)

Belege eingesehen Ja

Nein



Wichtige Information

Belehrung /Hinweise

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich jede **Veränderung in meinen Familienverhältnissen** (dazu gehört auch ein Wechsel der Staatsangehörigkeit), **Änderungen in meinen Vermögens- und Einkommensverhältnissen**, u.s.w. meinem zuständigen Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration unverzüglich und unaufgefordert mitteilen muss. Mitzuteilen ist auch jede **Änderung der Wohnverhältnisse** (z.B. eigener Umzug, Zuzug von Personen in die Wohnung oder Auszug von in der Wohnung lebenden Personen). Über eine **vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort** (auch von Haushaltsangehörigen) muss das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration aufgefordert informiert werden, wenn ein Zeitraum von 3 Monaten überschritten wird. Bei Krankenhausaufenthalt oder wenn zusätzlich zur Grundsicherung Sozialhilfeleistungen gewährt werden, gilt dieser Zeitraum von 3 Monaten nicht. In diesem Fall ist dem Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration jede Änderung in den Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen.

Belehrung zum Bezug von Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung

deutsch

gerhaus/Amt für Wohnen und Migration geltend gemacht werden können; Ansprüche auf Unterhalt gehen bis zur Höhe der gewährten Sozialhilfe kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Angaben / Unterlagen, die wir im Zusammenhang mit der Prüfung einer Sozialhilfeleistung von einer in § 203 Abs. 1 und 3 StGB genannten Person (z.B. **Arzt**) erhalten haben, können von uns an andere Stellen weitergegeben werden, wenn

- dies für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder
- dies für die Erfüllung unserer Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch oder
- dies für eine Aufgabe nach dem Sozialgesetzbuch derjenigen Stelle, an welche wir die Daten übermitteln, erforderlich ist. **Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie dieser Weitergabe widersprechen können.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration zur Vermeidung rechtswidriger Inanspruchnahme von Sozialhilfe befugt ist, meine Daten in dem in § 118 Abs. 4 SGB XII vorgesehenen Umfang mit der Einwohnermeldedatei und der Kfz-Datei abzugleichen. Soweit Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII (z. B. Fahrtkosten im Rahmen der Altenhilfe, Hilfe zur Pflege) bewilligt werden, werden die Daten in dem in § 118 Abs. 1 SGB XII vorgesehenen Umfang abgeglichen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die zum Bezug von Grundsicherung gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfeleistungen zurückzahlen muss, bzw. diese auch im Wege der Aufrechnung einbehalten werden können (§26 SGB XII).