



## Grundantrag / Grunddaten

Erstantrag

Weiterbewilligung

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

Aufgenommen durch  
(bitte in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_

SBH \_\_\_\_\_

Telefonnummer  
Sachbearbeitung \_\_\_\_\_

**Persönliches**

Familienname /  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Person-Nr. 1

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geschlecht  M  
 W

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Seit: \_\_\_\_\_

Stellung zu weiterer  
Person im Haushalt \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel /  
Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_

Aufenthalt bis: \_\_\_\_\_

Sprachmittler/In  
erforderlich  Nein  Ja

Wenn ja, Sprache \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung  Nein  Ja, Grad: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen lt.  
Ausweis \_\_\_\_\_

**Wohnhaft**

Straße, HausNr.,  
Zusätze (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) \_\_\_\_\_

Steueridentifikations-  
nummer \_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit**

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

**Gesetzl. Betreuung /  
Vormund / Sorgerecht**

Familienname /  
Institution \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Für Person Nr.

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil /  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

# Anlassdarstellung aus Sicht der Bürgerin / des Bürgers

Situation

---



---



---



---



---



---

Teambildung gewünscht mit:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Beratung<br>Bezirkssozialarbeit   | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB II<br>Grundsicherung für Arbeitssuchende, Arbeitsvermittlung   |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB XII<br>Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter u. Erwerbsminderung                     | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem SGB IX, XI, XII, PflegeVG<br>Sozialhilfe, Fachstelle häusliche Versorgung, Bezirkssozialarbeit           |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem WoGG<br>Wohngeld   | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Sicherung des Wohnverhältnisses<br>Fachstelle zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit, Intensivbetreuung Wohnen, |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfen nach dem SGB VIII<br>Wirtschaftliche Jugendhilfe, Bezirkssozialarbeit, Vermittlungsstelle, Tagesbetreuung | <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem UVG<br>Unterhaltsvorschuss   |
| <input type="checkbox"/> Hilfen nach dem AsylbLG<br>Asylbewerberleistungsgesetz   | <input type="checkbox"/> Schuldnerberatung  |
| <input type="checkbox"/> Weiteres:  |   |

## Weitere Person in der Wohnung:

Persönliches

Person-Nr. 2

Familienname /  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_ Geschlecht  M  W

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

Verhältnis zur 1. Person im Haushalt \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel / Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ Aufenthalt bis \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung  Nein  Ja, Grad: % \_\_\_\_\_ Merkzeichen lt. Ausweis \_\_\_\_\_

Kranken- und Pflegeversicherung

Krankenkasse / Pflegekasse \_\_\_\_\_ Mitgliedsart  gesetzlich  privat  familienvers  freiwillig  GMG  unversichert

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Aktuelle Arbeitsstelle (falls berufstätig) \_\_\_\_\_

Arbeitszeit (in Wochenstunden) \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_

# Antrag auf Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel und / oder auf Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII

Übertrag von Teil 1:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Antrag auf

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt                    | <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 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 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>    Baujahr \_\_\_\_\_    Anzahl der Räume \_\_\_\_\_    Heizungsart \_\_\_\_\_

Ohne festen Wohnsitz  Nein  Ja    Wohnhaft bei wechselnden Bekannten  Nein  Ja

Monatliche Gesamtbelastung \_\_\_\_\_ €    Grundmiete \_\_\_\_\_ €

Nebenkosten \_\_\_\_\_ €    Heizung \_\_\_\_\_ €

Warmwasseraufbereitung durch sonstiges (z.B. Boiler) \_\_\_\_\_ €

Untermietzuschlag/Sonstiges (Garage) \_\_\_\_\_ €

Haushaltsenergie enthalten  Nein  Ja: Höhe: \_\_\_\_\_ €    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-WVG)

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 \_\_\_\_\_ €

**Berufs- und  
Arbeitsverhältnisse**

Arbeitsverhältnisse der letzten drei Jahre vor Überprüfungszeitraum (Prüfung von Ansprüchen auf Arbeitslosengeld)

- Es handelt sich bei diesem Antrag um einen Folgeantrag zum Antrag vom \_\_\_\_\_
- Im Punkt "Berufs- und Arbeitsverhältnisse" haben sich seit dem letzten Antrag keine Änderungen ergeben.

Person Nr. \_\_\_\_\_

Nicht arbeitslos  Arbeitslos seit: \_\_\_\_\_ Gründe für die Lösung des Arbeitsverhältnisses \_\_\_\_\_

Arbeitslosengeld I beantragt  Ja, Stammmummer: \_\_\_\_\_  Nein \_\_\_\_\_ Letzte Arbeitslosmeldung \_\_\_\_\_

Letzte Arbeitgeber (Adresse) \_\_\_\_\_ Dauer des Arbeitsverhältnisses Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

Letzte Arbeitgeber (Adresse) \_\_\_\_\_ Dauer des Arbeitsverhältnisses Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

Letzte Arbeitgeber (Adresse) \_\_\_\_\_ Dauer des Arbeitsverhältnisses Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

Person Nr. \_\_\_\_\_

Nicht arbeitslos  Arbeitslos seit: \_\_\_\_\_ Gründe für die Lösung des Arbeitsverhältnisses \_\_\_\_\_

Arbeitslosengeld I beantragt  Ja, Stammmummer: \_\_\_\_\_  Nein \_\_\_\_\_ Letzte Arbeitslosmeldung \_\_\_\_\_

Letzte Arbeitgeber (Adresse) \_\_\_\_\_ Dauer des Arbeitsverhältnisses Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

Letzte Arbeitgeber (Adresse) \_\_\_\_\_ Dauer des Arbeitsverhältnisses Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

Letzte Arbeitgeber (Adresse) \_\_\_\_\_ Dauer des Arbeitsverhältnisses Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

**Unterhaltspflichtige  
Personen außer-  
halb des Haushalts**

(getrennt lebende / geschiedene Ehegattinnen / Ehegatten, getrennt lebende Partnerinnen / Partner einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft bzw. aufgehobenen Lebensgemeinschaft, Mutter / Vater des nichtehelichen Kindes, Eltern, Kinder)

- Es handelt sich bei diesem Antrag um einen Folgeantrag zum Antrag vom \_\_\_\_\_
- Im Punkt "Unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushalts" haben sich seit dem letzten Antrag keine Änderungen ergeben.

Unterhalt für  
Person(en) Nr(n).  
\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-  
verhältnis \_\_\_\_\_ Beruf/  
aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

Strasse,  
Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl,  
Ort \_\_\_\_\_

Unterhalt für  
Person(en) Nr(n).  
\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-  
verhältnis \_\_\_\_\_ Beruf/  
aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

Strasse,  
Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl,  
Ort \_\_\_\_\_

Unterhalt für  
Person(en) Nr(n).  
\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-  
verhältnis \_\_\_\_\_ Beruf/  
aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

Strasse,  
Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl,  
Ort \_\_\_\_\_

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

**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 mtl. Ratenverpflichtung _____  | € | Derzeitiger Schuldendstand _____  | € |
| 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. <input type="text"/> | Bei folgenden Banken _____   | Kontonummer _____   |   |
| Person Nr. <input type="text"/> | Bei folgenden Banken _____   | Kontonummer _____   |   |
| Person Nr. <input type="text"/> | 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 beachten!) |   |
| Person Nr. <input type="text"/> | 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  Nein Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Vertragl. Ansprüche ggü. Dritten (Wohnrecht, Nießbrauch)  Nein  Ja  
 Ja, \_\_\_\_\_

Person Nr.  Sonstige Vermögenswerte (z.B. Bausparvertrag, Sterbegeldvers.) \_\_\_\_\_

Person Nr.  Vermögenswerte in den letzten 10 Jahren  veräußert, an  übergeben, an  verschenkt, an \_\_\_\_\_

Einsatz des Vermögens möglich?  Nein, weil \_\_\_\_\_  Ja

**Nicht geklärte 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 geleisteten Rentenversicherungsbeiträgen, aufgrund von Krankheit, Schadensersatz oder aufgrund weiterer Rechtsgründe

Antrag gestellt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

**Aufenthaltsverhältnisse**

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.

Es handelt sich bei diesem Antrag um einen Folgeantrag zum Antrag vom \_\_\_\_\_

Im Punkt "Aufenthaltsverhältnisse" haben sich seit dem letzten Antrag keine Änderungen ergeben.

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

**Geldleistungen**

Auszahlung soll erfolgen:  Konto  Bar  Postscheck

Kto.: Kto.-Inhaber: \_\_\_\_\_  
bei BLZ: \_\_\_\_\_

**Datenweitergabe bei Pflegeleistungen/ Direktzahlung an den Pflegedienst**

Ich bin damit einverstanden, dass Daten, welche im Zusammenhang mit meiner Beantragung von Sozialhilfe erhoben und verarbeitet werden, an die Einrichtung(en)/ Dienst(e)/ Person(en), welche mit meiner Pflege betraut ist/sind bzw. betraut werden sollen, weitergegeben werden. Dadurch wird den betroffenen Stellen oder Personen ersichtlich, ob und inwieweit eine Vergütung durch den Sozialhilfeträger erfolgen kann.

ja  nein

Ich bin ebenfalls einverstanden, dass eine Zahlung direkt an diese Einrichtung(en)/ Dienst(e)/ Person(en) erfolgen kann. Dies dient der effektiven Sicherung meines sozialhilferechtlichen Anspruchs.

ja  nein

## Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben zum Bezug von Sozialhilfe (Grundantrag Teil 1 und Grundantrag Teil 2) richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann, zu Unrecht erhaltene Hilfeleistungen zurückzahlen muss bzw. diese auch im Wege der Aufrechnung einbehalten werden können (§26 SGB XII).

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, usw. meinem Sozialbürgerhaus/der ZEW bzw. dem Amt für soziale Sicherung unverzüglich und unaufgefordert mitteilen muss.

Mitzuteilen ist auch jede Änderung der Wohnverhältnisse (z.B. eigener Umzug oder Zu- oder Auszug von in der Wohnung lebenden Personen).

Über eine vorübergehende Abwesenheit (länger als eine Woche, z.B. Urlaub) vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) muss das zuständige Sozialbürgerhaus/die ZEW bzw. das Amt für soziale Sicherung unverzüglich und unaufgefordert informiert werden.

Es reicht nicht aus, wenn diese Änderungen anderen Behörden (z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit) oder Dienststellen der Landeshauptstadt München (z.B. Jugendamt, Bezirkssozialarbeit) mitgeteilt werden. Ich weiß, dass auch zukünftig von mir angespartes Vermögen – auch solches aus Sozialhilfeleistungen bzw. Sozialleistungen (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 zuständigen Sozialbürgerhaus/der ZEW bzw. dem Amt für soziale Sicherung unverzüglich mitteilen.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit – unabhängig von der Höhe des Einkommens – werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort mitteilen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Sozialhilfeträger kraft Gesetzes übergehen oder übergeleitet werden können und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Krankengeld, Rente) vom Sozialbürgerhaus/der ZEW bzw. dem Amt für soziale Sicherung geltend gemacht werden können.

Meine behandelnden Ärzte, ärztlichen Gutachter und das letztbehandelnde Krankenhaus werden von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist. Der Weitergabe von ärztlichen Gutachten kann ich widersprechen.

Ich nehme davon Kenntnis, dass die in meinem Falle zum Vollzug des SGB XII erhobenen personenbezogenen Daten in einer Datei gespeichert werden, soweit das hierzu zuständige Sozialbürgerhaus/die ZEW bzw. das Amt für soziale Sicherung gemäß § 37 SGB I i.V.m. § 67 c SGB X berechtigt ist.

Ich bin ebenfalls darüber unterrichtet, dass von Amts wegen eine Verpflichtung besteht, ergänzende Sozialhilfeansprüche zu prüfen, es sei denn, auf diese Prüfung wird ausdrücklich verzichtet.

### Hinweis zur Teambildung:

In Ihrem Fall muss ein Team gebildet werden. Die Mitglieder des Teams sind KollegInnen aus den Fachbereichen des Sozialbürgerhauses/der ZEW. In dem Team werden nur Daten und Unterlagen weitergegeben, wenn deren Weitergabe nach dem Gesetz erlaubt ist, oder wenn Sie ausdrücklich zustimmen. (In den Fachbereichen werden verschiedene EDV-Programme benutzt.)

Ja  Nein

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



Landeshauptstadt  
München

**Sozialreferat**

**Amr für  
Soziale Sicherung**

# Wichtige Information

## Belehrung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die zum Bezug von Sozialhilfe gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissenschaftlich 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).

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich jede Veränderung in meinen Familienverhältnissen (dazu gehört auch ein Wechsel der Staatsangehörigkeit), jede Veränderung in meinen Vermögens- und Einkommensverhältnissen, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort (länger als 1 Woche, z.B. Urlaub), Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) dem Amt für Soziale Sicherung/dem Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration unverzüglich und unaufgefordert mitteilen muss. Mitzuteilen ist auch jede Änderung der Wohnverhältnisse (z.B. eigener Umzug oder Zuzug von in der Wohnung lebenden Personen).

Es reicht nicht aus, wenn diese Änderungen anderen Behörden (z.B. Rententräger) oder anderen Dienststellen der Landeshauptstadt München (Jugendamt, Bezirksamtsarbeit) mitgeteilt werden. Ich weiß, dass auch künftig von mir angespartes Vermögen – auch solches aus Sozialhilfeleistungen bzw. Sozialleistungen, z.B. Ansparrung aus Pflegegeld, Krankengeld, etc. – 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 – werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort mitteilen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Sozialhilfeträger übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Krankengeld, Rente, Arbeitslosengeld I) vom 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.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass der Sozialhilfeträger befugt ist, Akten anderer Sozialhilfeträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte oder erhalten habe, und anderen Sozialhilfeträgern Akten Einsicht zu gewähren, soweit dies für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe gem. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X erforderlich ist.

Meine behandelnden Ärzte, ärztliche Gutachter und das leitende Personal des Krankenhauses werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus /Amt für Wohnen und Migration entbunden, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Der Weitergabe von ärztlichen Gutachten durch den Sozialhilfeträger kann ich widersprechen.

Ich nehme davon Kenntnis, dass die in meinem Falle zum Vollzug des SGB XII erhobenen personenbezogenen Daten in einer Datei gespeichert und bearbeitet werden, soweit das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration hierzu gemäß § 37 SGB I i.V.m. § 67 c SGB X berechtigt ist. Gleichzeitig wurde ich darauf hingewiesen, dass das Amt für Soziale Sicherung/Sozialbürgerhaus/Amt für Wohnen und Migration Einsicht in die Daten der Wohngeldempfängerdatei, Ausländerdatei, Kfz-Zulassungsdatei und der Einwohnermelde-datei nimmt.

© und Herausgeber: Landeshauptstadt München, Sozialreferat,  
Amt für Soziale Sicherung, Orleansplatz 1, 81667 München  
Text und Layout: Uwe Glöckner  
Fol. SA 049 07

Stand: Juli 2011

deutsch