

 <b>Rheinisch-Bergischer Kreis</b>	<b>Überprüfungsantrag für existenzsichernde Leistungen in besonderen Wohnformen (SGB XII)</b> für die Zeit ab:	<b>Amt für Soziales und Inklusion 50.25</b>
--	---	---

## 1. Persönliche Verhältnisse

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	<b>Antragstellende Person 1</b>	<b>Antragsstellende Person 2:</b>
		<input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/Partnerin in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner/ eingetragene Lebenspartnerin
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Familienstand <b>(ggfls. Scheidungsurteil beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Betreuer/Betreuerin bzw. Bevollmächtigter/Bevollmächtigte Name und Anschrift  Freiwillig: Telefonnummer, Fax-Nummer und Email-Adresse <b>(ggfls. aktualisierten Bestellungsbeschluss bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)</b>		

## 2. Mehrbedarf und Bedarfe für eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung

	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis <b>(Kopie des Scherbehindertenausweises beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung <b>(Bescheinigung des Anbieters beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei folgendem Anbieter: <input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX) <input type="checkbox"/> im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote Die Teilnahme erfolgt pro Woche an <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tag/Tagen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei folgendem Anbieter: <input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX) <input type="checkbox"/> im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote Die Teilnahme erfolgt pro Woche an <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tag/Tagen.
Kostenaufwendige Ernährung <b>(gesonderter Antrag mit ärztlicher Bescheinigung erforderlich)</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Beiträge für eine freiwillige oder private Kranken-/Pflegeversicherung <b>(aktuelle Beitragsmitteilung beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Beitrag für freiwillige Versicherung in Höhe von mtl.   € <input type="checkbox"/> Ja, Beitrag für private Versicherung in Höhe von mtl.   €	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Beitrag für freiwillige Versicherung in Höhe von mtl.   € <input type="checkbox"/> Ja, Beitrag für private Versicherung in Höhe von mtl.   €

<b>3. Einkommen</b> <b>(Aktuelle Einkommensnachweise beifügen wie z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung)</b>						
Art des Einkommens	1. Person			2. Person		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Monatlicher Betrag in Euro	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Monatlicher Betrag in Euro
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsentgelt der Werkstatt für Behinderte oder eines anderen Leistungsanbieters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonder- / Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altersrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (zusätzlich Erstrentenbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erhalte einen Grundrentenzuschlag. (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt. (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Witwenrente bzw. Witwerrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterhaltshilfe/ Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfallrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waisenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werks- / Zusatz-/ Privatrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausländische Renten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Sozialleistungen (z.B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Bürgergeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mieteinnahmen / Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Steuererstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhalten Ihre Eltern für Sie Kindergeld / Kinderzuschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird das Kindergeld / der Kinderzuschlag an Sie weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn nein, wofür wird die Leistung verwendet?						

<b>4. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge</b> <b>(Bitte Nachweise beifügen)</b>				
Absetzbaren Beträge	1. Person		2. Person	
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Hierzu gehören z. B. Beiträge für Altersvorsorge, Sterbeversicherung, Haftpflichtversicherung, berufsbedingte Aufwendungen	<b>Art der Ausgabe</b>	<b>Mtl. Betrag in Euro</b>	<b>Art der Ausgabe</b>	<b>Mtl. Betrag in Euro</b>

### 5. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen

**(Bitte Nachweise beifügen!)**

	1. Person		2. Person		
Art des Vermögens		Betrag in Euro			Betrag in Euro
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Taschengeld-/Eigengeldkonto in der besonderen Wohnform (Auszüge 3 Monate rückwirkend beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Bausparvertrag, Ratensparvertrag usw. – Auszüge 3 Monate rückwirkend beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurde ein Sparguthaben in den letzten 10 Jahren aufgelöst? (Sparbuch, Bausparvertrag, Festgeld, Ratensparvertrag usw.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
PayPal Guthaben (Kontoauszüge beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge (Anlageform angeben)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lebensversicherung/Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges Vermögen: (hochwertige Wertgegenstände, z.B. Kraftfahrzeug mit einem Wert > 7.500 EUR, E-Bike, Pedelec)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstige Forderungen (z.B.: Schadensersatz, Außenstände, usw.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Art der Forderung und Schuldner:					

### 6. Vermögensübertragungen

	1. Person	2. Person
Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen (z. B. Haus-/ Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen) oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in den letzten 10 Jahren <input type="checkbox"/> Ja, vor über 10 Jahren	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in den letzten 10 Jahren <input type="checkbox"/> Ja, vor über 10 Jahren
Haben Sie, Ihr Partner/ Ihre Partnerin jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „Ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:		
Begünstigte Person Name und Anschrift (Aufstellung beifügen)		
Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)		
Höhe/ Wert der Zuwendung		

<b>7. Angaben zu Immobilien und Grundstücken</b> <b>(Bitte entsprechende Unterlagen/Nachweise zu Wert, Größe und Lage der Immobilie/des Grundstücks beifügen!)</b>				
	1. Person		2. Person	
Haus- bzw. Wohneigentum	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiger Grundbesitz (z.B. unbebaute land- und forstwirtschaftliche Grundstücke oder andere Gebäude oder Grundstücke wie Garagen, Lagerhallen oder Scheunen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

<b>8. Vertragliche Rechte</b> <b>(Bitte entsprechende Unterlagen (z.B. Vertrag, Urteil, etc.) beifügen.)</b>				
	1. Person		2. Person	
Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leibrente und sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Verpfändungen/Bürgschaften Wenn ja, begünstigte Person: Seit wann: Aktuelle Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Verzicht auf vertragliche Rechte Wenn ja, Erläuterung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

<b>9. Kosten der Unterkunft und Heizung / Mietkosten</b> <b>(Bei Änderungen bitte Ankündigungsschreiben und neue Mietbescheinigung bzw. die Anpassung des Wohn- und Betreuungsvertrags beifügen)</b>				
	1. Person		2. Person	
Änderungen der Kosten der Unterkunft	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ab	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ab
Höhe der Unterkunftskosten, die Ihnen aktuell in Rechnung gestellt werden	€		€	

## Erklärung

Hiermit beantrage ich die Weiterbewilligung der Sozialhilfeleistungen nach SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen).

Den Vordruck zur Überprüfung meines Anspruchs auf Sozialhilfeleistung nach SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil mir eine entsprechende Vollmacht erteilt wurde. Ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach Artikel 6 Abs. 1 Satz 2 Buchstabe c der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

_____	_____
Datum	Unterschrift 1. Person
_____	_____
Datum	Unterschrift 2. Person
_____	_____
Datum	Unterschrift Betreuer/Betreuerin bzw. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter