

Bezirk Mittelfranken
-Sozialreferat-
 Danziger Str. 5
 91522 Ansbach

Eingangsstempel Bezirk Mittelfranken

falls bekannt, Az:

Antrag auf Gewährung von Hilfe

Gewünschte Hilfe: _____
 Einrichtung: _____
 Ab wann: _____
 Begründung (bei stationärer Hilfe, warum ambulante od. teilstationäre Hilfe nicht ausreichend ist): _____

Unzutreffendes ist zu streichen!

1. Persönliche Verhältnisse	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) bzw. des Lebenspartners und bei minderjährigen nachfr. Personen der Eltern	
Name (ggf. auch Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum	geb. am		
	in		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit		
Staatsangehörigkeit/ ausländerrechtl. Status			
In Deutschland lebend seit Geburt	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein
falls nein , Jahr des Zuzugs			
PLZ, Wohnort			
Straße, Nr.			
Telefon			
Beruf			
Arbeitgeber			
zuletzt krankenversichert bei			

(Mitgliedsnr.)	vom bis	vom bis	vom bis
zuletzt rentenversichert bei			

	vom bis	vom bis	vom bis

2. Sonstige Personen, mit denen die nachfragende Person noch in Haushaltsgemeinschaft
(auch Lebensgefährte/in) lebt:

Name (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde				
Krankenkasse				
Höhe des Einkommens (mtl. netto)				

3. Sonstige Angehörige der nachfragenden Person **außerhalb** der Haushaltsgemeinschaft:
(ehelich/nichtehelich/ehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)

Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/
Jahres-Bruttoeinkommen >100.000,00 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> nein
PLZ, Wohnort				
Straße, Nr.				
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde				
Krankenkasse				

4. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (und Nebengesetzen)

(ggf. Nachweise wie BVG- Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen!)

- a) Haben die nachfragende Person oder deren im folgenden genannten Angehörige Schädigungen erlitten
- durch Kriegseinwirkung (Bundesversorgungsgesetz),
 - im militärischen Dienst der Bundeswehr (Soldatenversorgungsgesetz) oder
 - bei Ausübung des Zivildienstes (Zivildienstgesetz)?

nein ja **falls ja,**

Nachfragende Person	GdS _____
Ehegatte	GdS _____
Elternteil _____ (Name)	GdS _____

- b) Sind Angehörige der nachfragenden Person

- durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst (Bundesversorgungsgesetz),
- an Kriegsleiden verstorben (Bundesversorgungsgesetz),
- im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben (Soldatenversorgungsgesetz), oder
- bei der Ausübung des Zivildienstes verstorben (Zivildienstgesetz)?

nein ja **falls ja,**

Ehegatten (bei Wiederverheiratung auch früherer Ehegatte)	_____ (Name, Geburtsdatum)
Kinder (ehelich, für ehelich erklärte, adoptierte, nichteheliche Stief- und Pflegekinder, Enkel)	_____ (Name, Geburtsdatum)
Elternteil	_____ (Name, Geburtsdatum)

5. Sonstige Angaben

- a) Wurde für die nachfragende Person eine Betreuung verfügt oder beantragt bzw. besteht Vollmacht?
 nein ja Amtsgericht _____
falls ja, Name u. Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten:
(bitte Kopie des Betreuerausweises vorlegen) _____
- b) Frühere Ehegatten der nachfragenden Person (soweit nicht bereits unter Nr. 1 angegeben)
(Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag)

- c) Soweit Ehe(n) geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde(n) bzw. die Ehegatten getrennt leben:
Urteil des Land-/Familiengerichts in _____ vom _____ AZ: _____
(Scheidungsurteil, Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen)
- d) Beihilfeanspruch der nachfragenden Person, des Ehegatten oder der Eltern ja nein
(aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)
Beihilfeberechtigter _____
Beihilfe gewährende Stelle _____
- e) Dauernde Behinderung, Krankheit besteht ja nein
Ursache (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit) _____
- f) Hat die nachfragende Person einen Schwerbehindertenausweis? ja nein
(falls ja, bitte Kopie beifügen)
Hat deren Ehegatte, bzw. Lebenspartner einen Schwerbehindertenausweis? ja nein
(falls ja, bitte Kopie beifügen)
- g) Haben Sie in den letzten 6 Monaten Eingliederungshilfe erhalten? ja nein

(Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen)
- h) Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen? ja nein
vom _____._____.____ bis _____._____.____ Behörde: _____ Hilfeart: _____
- i) Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt? ja nein
(z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rehabilitationsleistungen, Wohngeld)

(Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen)
- j) Pflegeversicherung: Pflegekasse: _____
Leistungsbescheid liegt vor: ja, Pflegegrad ____ (Leistungsbescheid beifügen. Bei keiner Einstufung
MDK-Gutachten unterschrieben beifügen)
 nein Antrag auf Leistung bereits gestellt?
 ja, am _____ nein
 Leistungszuschlag § 43c SGB XI (bitte Bescheid der Pflegekasse beifügen, aus dem der
Leistungsbeginn sowie die Anzahl der Monate
hervorgeht!)

6. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

- a) Datum der Einrichtungsaufnahme: _____
- b) derzeitiger Aufenthaltsort: _____
- c) tatsächliche Aufenthaltsorte (polizeiliche Meldung nicht ausschlaggebend) während der letzten
6 Monate **vor der Aufnahme** in die Einrichtung (ggf. gesondertes Blatt beifügen)
- d) bei Übertritt aus dem Ausland, Datum und Ort des Grenzübertritts: _____

Wirtschaftliche Verhältnisse der nachfragenden Person, deren Ehegatte bzw. Lebenspartner; sowie bei ledigen minderjährigen nachfragenden Personen der Eltern.

1. Einkommensarten

Schlüsselzahlen für Einkommen 1) Tätigkeit 0110 Eink./Selbständiger 0111 Eink./Landw.-Forstw. 0120 Eink./unselbst.Tät. 0121 Lehrl. Vergütung 0122 Urlaubsgeld 1/12 0123 Urlaubsgeld Einzelf. 0125 Weihnachtsgeld 1/12 0126 Weihnachtsgeld -indiv. 9128 Erst.LSt.-KiSt. 1/12 0129 Erst.LSt.-KiSt. indiv. 0130 Krankengeld 0140 Schlechtwettergeld 0150 ALG 0160 ALG II 0170 Übergangsgeld 0180 Konkursausfallgeld 0190 Kurzarbeitergeld 0191 Eingl. Geld 0196 Mutterschaftsgeld	2) Gesetzliche Rentenversicherung 0210 Rente wg. teilweiser Erwerbsminderung 0220 Rente wg. voller Erwerbsminderung 0230 Altersrente 0240 Ww.Rente 0241 Waisenrente 0250 Unfallrente 0255 Knappsch. Rente 0260 Österr. Rente 0270 ausländ. Rente 3) Versorgung (BVG, HHG, SVG, OEG) 0310 BVG-Grundrente 30% 0311 BVG-Grundrente 40% 0312 BVG-Grundrente 50% 0318 BVG-Ausgl.Rente 0319 BVG-Ausgl. Rente 0319 BVG Berufssch.Ausgl 0320 BVG-Pflegezulage mA. 0321 BVG-Führhundzulage 0322 BVG-Kleiderverschl. 0323 BVG-Schwerstbeh. Zul. 0330 BVG-Elternteilrente 0331 BVG-Elternr. f. Paare	0332 BVG-Schadensausgl. 0333 BVG-Ws- Ausgl.Rente 0340 sonst. BVG-Rente 4) Lastenausgleich 0410 UH-LAG 0420 Entsch. Rente-LAG 5) Öffentlicher Dienst 0510 Pension 0520 Witwengeld (öD) 0530 Waisengeld (öD) 6) rentenähnliche Leistungen 0610 betriebl. Zuwendungen 0620 Betriebszusatzrente 0630 Leibrente, Leibgeding 0640 Altersgeld für Landwirte 0650 Entsch. Rente-BEG 0651 Entsch. Rente-OEG 0660 Unterhalt- Geldleist. 0661 Unterhalt- Sachleist. 0870 Hilfswerk f. beh. Kinder	7) sonst. Leistungen 0710 Kindergeld 0711 KGZ 0712 Kinderzuschuss Rent. 0720 UVG-Leistungen 0730 USG-Leistungen 0740 BaföG-Leistungen 0750 Blindengeld 8) Einkommen aus Vermögen 0810 Zinseinnahmen 0811 Vermögensertrag 0820 Mieteinnahmen 0821 Pachteinnahmen 9) sonst. Einkommen 0910 bes. Mietzuschuss 0911 Wohngeld- nicht pauschal. 0912 Lastenzuschuss-WoGG 0950 sonst. Einnahmen
--	---	--	--

Nettoeinkommen mtl.	a) der nachfragenden Person		b) des Ehegatten(auch wenn geschieden oder getrennt lebend) Bei minderjährigen nachfragenden Personen (hier Angaben über die Eltern)	
			Ehegatte/Vater	Mutter
Entsprechende Schlüsselzahl	/	€	/	€
vor den Einkommensbetrag	/	€	/	€
schreiben!	/	€	/	€
Nachweise beilegen!	/	€	/	€
Bei Bezug einer Rente	/	€	/	€
der DRV, bitte Grundrenten-	/	€	/	€
bescheid beifügen.	/	€	/	€

Sollte kein Einkommen oder sonstige Einkünfte erzielt worden sein, bitten wir um Bekanntgabe, wovon der Lebensunterhalt bestritten wurde!

2. Laufende Ausgaben (bitte belegen!)

	€	€	€
a) Versicherungen (z.B. Haftpflicht-, Lebens- versich., Sterbegeldvers. frei- willige Krankenversicherung)			
b) Mit der Erzielung des Ein- kommens verb. Ausgaben (z.B. KM zum Arbeitsplatz)			

3. Besondere Belastungen (z.B. Schulden, Krankheit, Unterstützung von Angehörigen) (bitte belegen!)

4. Vermögensverhältnisse (bitte belegen!)

a) bewegliches Vermögen			
Spar- u. Bankguthaben,	bei	bei	bei
Sparverträge, Sparbriefe,	€	€	€
Girokonto, Bausparvertrag	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
sonstiges Vermögen (z.B. Wertpapiere, Bargeld Kfz)	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
Bestehen Lebens- und/oder Sterbegeldversicherungen (auch beitragsfreie)?	Art	Art	Art
	€	€	€

b) unbewegliches Vermögen (Haus- und Grundvermögen)

nein ja (bitte belegen und folgende Angaben machen)

Wohnhaus (Zahl der Wohnungen) **Eigentumswohnungen** **gewerblich genutztes Grundstück**
Eigentümer _____ Anteil _____ v.H. Einheitswert _____ €
Gesch. Verkehrswert _____ € Baujahr _____ Grundstücksfl. _____ Flur-Nr. _____
Gemarkung _____
derzeitige Nutzung _____

sonst. Grundbesitz insg. _____ ha davon Bauland _____ qm Bauerwartungsland _____ qm
Eigentümer _____ Anteil _____ v.H. Einheitswert _____ €
gesch. Verkehrswert _____ € Baujahr _____ Grundstücksfl. _____ Flur-Nr. _____
derzeitige Nutzung _____

Ansprüche auf Grundvermögen im Gebiet der ehemaligen DDR
Art: _____

5. Wohnverhältnisse der nachfragenden Person u. d. in Hausgemeinschaft lebenden Personen

a) Mietwohnung Untermieter Mietaufw. Mietfrei Miete mtl. € _____ (ohne Nebenkosten)
Nebenkosten (z.B. Wassergeld, Gebühren) monatlich € _____ (bitte belegen)
Heizkosten monatlich € _____
wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt ja nein

b) Eigentumswohnung eigenes Haus freies Wohnrecht
monatlich anfallende Kosten z.B. Schuldzinsen, Schuldtilgung € _____
Grundsteuer, Gebühren € _____

c) Wohngeld wurde beantragt am _____ bei _____
oder Wohngeld ist bewilligt mit monatlich € _____ bis einschließlich _____

6. Vermögensabgabe

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z.B. Haus oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?
 nein ja
Zeitpunkt: _____ Höhe: _____ Art: _____
Empfänger, Anschrift: _____
Grund, Anlass: _____
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

7. Bestehen Ansprüche o. Rechte gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Darlehensrückzahlungsansprüche, Ansprüche aus Erbschaft)?

nein ja Art: _____ Höhe: _____
Verpflichteter, Anschrift _____
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

8. Bestehen Kranken(haus)tagegeldversicherungen?

nein ja Art, Höhe _____

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 Hilfe 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 Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfegewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Hierzu verweisen wir auf die dem Antrag beigefügten Hinweise.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.

Sonstige Angaben:

Geldleistungen können gezahlt werden auf:

IBAN

Bankinstitut

BIC

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw.
seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

Außerdem ermächtige ich den Bezirk Mittelfranken zur Prüfung eines eventuellen Rentenanspruchs beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Versicherungsverlauf anzufordern; sowie einen evtl. Wohngeldantrag zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw.
seiner gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Ehegatten

- a) Der Antrag auf Hilfe ist hier am _____ aufgenommen worden oder eingegangen. Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

- b) Mit _____ Belegen am _____ an _____

weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz

Unsere ausführlichen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.bezirk-mittelfranken.de/datenschutz.