

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner ggfs. Vater	ggfs. Mutter
arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer			
Betreuung Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen		
Name der Betreuungsperson			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)			
Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)			

II. Familienverhältnisse: Außer dem/der Antragsteller/in und seinem/ihrem Ehegatten leben noch in deren Haushalt: *(für weitere Personen Beiblatt verwenden)*

	1. Person	2. Person	3. Person
Name			
Geburtsname (falls abweichend)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis zur Antrag stellenden Person			
Beruf			
Arbeitgeber			
Bei Rentenbezug: Art der Rente			
Bei Schulbesuch (Klasse, Schulart)			
Spar- und Bankguthaben			
Haus- und Grundbesitz - auch im Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonst. Vermögenswerte (z. B. Aktien, Wertpapiere, Fonds, etc.)	EUR	EUR	EUR
Höhe des Einkommens (mtl.)	EUR mtl.	EUR mtl.	EUR mtl.

Falls die Antrag stellende Person ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Nr. II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

Name des Kindes	
Name und Anschrift des Vaters der Mutter	
Festgesetzter Unterhalt pro Monat	EUR mtl.
Unterhalt festgesetzt (Datum)	
Urteil, Anerkenntnis	
In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich mtl. geleistet ?	EUR mtl.

III. Einkommensverhältnisse der Antragstellenden und der im Haushalt lebenden Personen (Bitte Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte beifügen)

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antrag- steller/in		Ehegatte / Lebenspartner		Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 2 Nr. II)		
	EUR		EUR		zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR	zu Nr. 3 EUR
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters (ALG II)							
Arbeitnehmertätigkeit (Lohn, Gehalt, Entgelt WfbM)							
Selbstständige Tätigkeit							
Kindergeld / Kinderzuschlag							
Wohngeld							
Renten aus der Sozialversicherung							
Altersrente / Pension							
Grundrentenzeiten erfüllt	ja	nein	ja	nein			
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente							
<input type="checkbox"/> Unfallrente							
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente							
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente							
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente							
<input type="checkbox"/> ausländische Renten							
<input type="checkbox"/> Renten n. d. BVG; (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente) falls ja, bitte Teil XII. ausfüllen							
<input type="checkbox"/> Betriebsrenten							
<input type="checkbox"/> Zusatzrenten							
<input type="checkbox"/> Private Renten							

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antrag- steller/in	Ehegatte / Lebenspartner	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 2 Nr. II)		
	EUR	EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR.	zu Nr. 3 EUR
Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe <input type="checkbox"/> Entschädigungsrente					
Krankenversicherung (Krankengeld)					
Miet-/Pachteinnahmen, Kapitalertrag, Untermieteinnahmen					
Unterhaltszahlungen (von Angehörigen)					
Steuererstattungen					
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit					
Sonstige Einnahmen (In- und Ausland)					

IV. Vom Einkommen absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII)

Art der Aufwendungen:	
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung / Glasbruch	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung (private)	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Beiträge zu Berufsverbänden (z. B. VDK, Gewerkschaften etc.)	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
Sonstiges	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR

V. Mehrbedarf

	Antragsteller/in	Ehegatte / Lebenspartner
Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid vor? <i>(ggf. Kopie des Feststellungsbescheides beifügen!)</i>	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am:	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am:
Merkzeichen G vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Merkzeichen aG vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigeren Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(falls ja, ärztliche Bescheinigung vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Anbieter (§ 60 SGB IX)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich arbeite <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche <i>(sofern ein Vertrag zur Mittagsverpflegung besteht ist dieser vorzulegen)</i>

VI. Kranken- und Pflegeversicherung

(Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

	Antragsteller/in	Ehegatte / Lebenspartner
Wo sind Sie kranken- bzw. pflegeversichert?		
Inländische Kranken- und Pflegekasse <i>(Name und Anschrift der Krankenkasse)</i>		
Ausländische Kranken- und Pflegekasse <i>(Name und Anschrift der Krankenkasse)</i>		

Krankenversichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Familienversichert bei	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Familienversichert bei
Versicherungs-Nr.		
Monatsbeitrag in EUR		
Beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche bei		
Sofern keine Krankenversicherung besteht, wo waren Sie zuletzt versichert?		

VII. Arbeitsverhältnisse – auch frühere – auch im Ausland / Arbeitslosigkeit

Tätigkeit - auch im Ausland	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner
Dauer	vom bis	vom bis
Name und Anschrift des Arbeitgebers		

Fahrtkosten zum Arbeitsplatz / Sonstige Aufwendungen

Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln	EUR mtl.	EUR mtl.
PKW einfache Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Sonstiges		

Angaben bei Arbeitslosigkeit

Wurden bei der Agentur für Arbeit / beim Jobcenter Leistungen beantragt?

ja, bei der Agentur für Arbeit / beim Jobcenter in

Kunden-Nr. / BG-Nr. der Agentur für Arbeit / des Jobcenters:

nein

VIII. Wohnverhältnisse / Kosten der Unterkunft – bitte Nachweise beifügen

Die Antrag stellende Person ist	
<input type="checkbox"/> Mieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in bei Die Wohnung ist <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert	
<input type="checkbox"/> Eigentümer/in eines/einer <input type="checkbox"/> Einfamilienhauses <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhauses <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	
Besondere Wohnform	
Die Antrag stellende Person lebt mit anderen, als den in Teil II angegebenen Personen in Haushaltsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit	
Den Mietvertrag haben abgeschlossen	
Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Mietschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ EUR	
Wenn ja, wurde Räumungsklage eingereicht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**Beschaffenheit der Wohnung -
die (ausschließlich zu Wohnzwecken) genutzte Wohnung umfasst:**

Gesamtfläche in m ²	Zahl der Wohnräume	Untervermietet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, davon _____ m ²	Erstmals bezugsfertig
<input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Fernwärme			
Brennstoff: <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Holz/Kohle			
Miete (ohne Heizkosten, Untermietzuschläge, Vergütung für Möblierung, Kühlschrank- oder Waschmaschinenüberlassung, Vergütung für die Überlassung von Garagen, Stellplätzen, Hausgärten u. a., anteilige Miete für Wohnraum, der einem anderen unentgeltlich oder entgeltlich überlassen wird.)			EUR
Nebenkosten wie Gebühren für Wasser, Abwasser, Müllbeseitigung, Kaminfeger, Treppenbeleuchtung (bitte Nachweise vorlegen)			EUR
Heizungskosten	EUR	Die Warmwasserbereitung erfolgt	zentral <input type="checkbox"/> dezentral <input type="checkbox"/>
Mietbescheinigung liegt bei			
Wurde Wohngeld gewährt?	nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Zeitraum vom _____ bis _____		
Wurde Wohngeld beantragt?	nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der bewilligenden Stelle _____		
Beim Vermieter wurde	eine Kautions i. H. v. EUR _____	hinterlegt	
wurden	Geschäftsanteile i. H. v. EUR _____		

Zuzug aus dem Ausland <i>(falls ja, bitte zusätzlich die Anlage 3 mit ausfüllen)</i> Antrag stellende Person Ehegatte Haushaltsangehörige(r):	Datum Ergänzungsfeld (falls erforderlich):
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

XI. Nicht geklärte Ansprüche:

Hat die Antrag stellende Person oder sein/ihr Ehegatte bzw. Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen sie/er noch keine Leistungen erhält:

- nein
 ja, Ansprüche
- | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> der Sozialversicherung | <input type="checkbox"/> als Opfer einer Gewalttat |
| <input type="checkbox"/> als Unfallopfer | <input type="checkbox"/> aus ärztl. Kunstfehler |
| <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich | |

Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

XII. Ansprüche nach dem Sozialgesetzbuch 14. Buch (SGB XIV)

Hat die Antrag stellende Person oder haben Familienangehörige Ansprüche auf Leistungen nach dem

- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SGB XIV | <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz |
| <input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz | <input type="checkbox"/> Bundesgrenzschutzgesetz |
| <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz | <input type="checkbox"/> Bundesseuchengesetz |
| <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz | <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz |
| <input type="checkbox"/> SED-Unrechtsbereinigungsgesetz | |

bzw. glauben Sie, dass solche Ansprüche bestehen? nein ja

XIII. Vermögenswerte

(bitte ggf. auf gesondertem Blatt erläutern und Nachweise vorlegen)

Antragsteller/in	Ehegatten / Lebenspartner - falls minderjährig beide Elternteile
Giro- und Sparkonten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Giro- und Sparkonten 1. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div> 2. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div>	Giro- und Sparkonten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Giro- und Sparkonten 1. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div> 2. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div>
Bargeld: EUR	Bargeld: EUR
Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR	Lebensversicherungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR
Bausparverträge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR	Bausparverträge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR

<p>Sonstige Versicherungen</p> <p>1. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p> <p>2. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p>	<p>Sonstige Versicherungen</p> <p>1. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p> <p>2. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p>
<p>Haus- und Grundbesitz – auch im Ausland:</p> <p><input type="checkbox"/> nein ja, ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz</p>	<p>Haus- und Grundbesitz – auch im Ausland:</p> <p><input type="checkbox"/> nein ja, ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz</p>
<p>Vertraglich gesicherte Ansprüche auch im Ausland: (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen)</p> <p>nein ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte aus</p> <p>Wohnrecht/Nießbrauch Anspruch auf Pflege</p> <p>Sonstiges:</p>	<p>Vertraglich gesicherte Ansprüche auch im Ausland: (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen)</p> <p>nein ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte aus</p> <p>Wohnrecht/Nießbrauch Anspruch auf Pflege</p> <p>Sonstiges:</p>
<p>Sonstige Vermögenswerte auch im Ausland: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <p>nein ja, ich habe folgende Vermögenswerte</p> <p>Wertpapiere EUR</p> <p>Kraftfahrzeuge</p> <p>Baujahr</p> <p>Kilometerstand</p> <p>wertvolle Sammlungen EUR</p> <p>Ansprüche gegen Dritte EUR</p> <p>Rückzahlung Darlehen EUR</p> <p>Aktien EUR</p> <p>Erbansprüche EUR</p> <p>Mietkaution EUR</p> <p>Genossenschaftsanteile EUR</p> <p>Schmuck / Edelmetalle EUR</p> <p>Onlinekonten wie PayPal EUR</p> <p>Sonstiges: EUR</p>	<p>Sonstige Vermögenswerte auch im Ausland: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <p>nein ja, ich habe folgende Vermögenswerte</p> <p>Wertpapiere EUR</p> <p>Kraftfahrzeuge</p> <p>Baujahr</p> <p>Kilometerstand</p> <p>wertvolle Sammlungen EUR</p> <p>Ansprüche gegen Dritte EUR</p> <p>Rückzahlung Darlehen EUR</p> <p>Aktien EUR</p> <p>Erbansprüche EUR</p> <p>Mietkaution EUR</p> <p>Genossenschaftsanteile EUR</p> <p>Schmuck / Edelmetalle EUR</p> <p>Onlinekonten wie PayPal EUR</p> <p>Sonstiges: EUR</p>

a) Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder **verschenkt**

nein ja, Zeitpunkt, Anlass, Art und Höhe und Empfänger/in angeben (Nachweis beifügen)

b) Wurde **jemals** Grundbesitz **verschenkt**, auf dem sich der Schenker ein Wohnrecht oder Nießbrauch vorbehalten hat?

nein ja, Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger/in angeben (Nachweise beifügen)

XIV. Schuldverpflichtungen: (nicht Hausbelastungen)

nein ja, insgesamt EUR

Einzelaufstellung ist auf gesondertem Blatt beigefügt

XV. Ergänzungsfeld für die Positionen I. – XIV

Informationen nach der EU-Datenschutzgrundverordnung

Mit dem Sozialhilfeantrag erheben wir personenbezogene Daten, die Sie betreffen. Daher möchten wir Sie über einige Punkte informieren. Verantwortlich im Sinne der EU-DSGVO ist das Kreissozialamt des Landkreises Esslingen, Pulverwiesen 11, 73728 Esslingen am Neckar; Tel. Nr. 0711-3902-48310, E-Mail: Kreissozialamt@lra-es.de, vertreten durch die Amtsleiterin.

Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten des Landratsamtes unter denselben Kontaktdaten oder per E-Mail an datenschutz@lra-es.de

Ihre personenbezogenen Daten werden für folgende Zwecke erhoben und verarbeitet:

1. Entscheidung über den Sozialhilfeantrag, ggfs. Bewilligung von Leistungen
2. Gegebenenfalls Geltendmachung vorrangiger Ansprüche

Die Datenerhebung erfolgt auf der Grundlage von § 60 ff SGB I sowie § 67a und § 67b SGB X (Sozial-gesetzbuch I. Buch bzw. X. Buch). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Stellen gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Ihre personenbezogenen Daten werden im Leistungsfalle 6 Jahre über die Hilfestellung hinaus gespeichert.

Ihnen stehen folgende Rechte zu:

- Auskunftsrecht über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Artikel 15 DS-GVO).
- Recht auf Datenberichtigung, sofern Ihre Daten unrichtig oder unvollständig sein sollten (Artikel 16 DS-GVO).
- Recht auf Löschung der zu Ihrer Person gespeicherten Daten, sofern eine der Voraussetzungen von Artikel 17 DS-GVO zutrifft. Das Recht zur Löschung personenbezogener Daten besteht ergänzend zu den in Artikel 17 Absatz 3 DS-GVO genannten Ausnahmen nicht, wenn eine Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist. In diesen Fällen tritt an die Stelle einer Löschung die Einschränkung der Verarbeitung gemäß Artikel 18 DS-GVO.
- Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern die Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden, die Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Ihren Rechtsansprüchen benötigt werden oder bei einem Widerspruch noch nicht feststeht, ob die Interessen des Landratsamtes gegenüber denen der betroffenen Person überwiegen (Artikel 18 Absatz 1 lit. b, c und d DS-GVO).
Wird die Richtigkeit der personenbezogenen Daten bestritten, besteht das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung für die Dauer der Richtigkeitsprüfung.
- Widerspruchsrecht gegen bestimmte Datenverarbeitungen, sofern an der Verarbeitung kein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das Ihre Interessen überwiegt, und keine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung verpflichtet (Artikel 21 DS-GVO).

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten unrechtmäßig ist, können Sie sich mit einer Beschwerde an den Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wenden: Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, Tel.: 0711/615541-0, Fax: 0711/ 615541-15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de.

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie sind verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Die Nichtbereitstellung hat zur Folge, dass Ihnen die beantragte Leistung versagt werden müsste (§§ 60/66 SGB I).

Erklärung zur EU-Datenschutz-Grundverordnung:

Das Informationsblatt über die Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten:

ja nein

Erklärung der Antrag stellenden Person und des Ehegatten/Lebenspartners:

Ich beauftrage das Konto führende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Hilfe gewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I)). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass das Sozialamt berechtigt ist, einen Datenabgleich mit anderen Stellen vorzunehmen.

Bei Hilfe außerhalb von Einrichtungen -**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides an die Stadt-/Gemeindeverwaltung:**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt meiner Wohngemeinde Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfefewährung zur reibungslosen Bearbeitung der Anträge übersendet:

ja nein

Bei Hilfe in Einrichtungen bzw. Hilfe durch Dienste -**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides:**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt der Einrichtung Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfefewährung übersendet.

ja nein

Einwilligung zur Abfrage beim Grundbuchamt

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt eine Abfrage beim Grundbuchamt einholt.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/
gesetzl. Vertreter

Unterschrift Ehegatte/
Lebenspartner

Unterschrift der/des
Aufnehmenden

Stellungnahme der Stadt/Gemeinde

Vorstehende Angaben sind glaubhaft entsprechen der Wahrheit

Antrag mit Anlagen an das Landratsamt Esslingen

Datum, Unterschrift

Anlage 1 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben zu Kindern und Eltern

Seite 1

Antrag stellende / Leistungsberechtigte Person	Geburtsdatum
Wohnort	

 habe keine Kinder Eltern verstorben

Sterbedatum Vater :

Sterbedatum Mutter:

	1	2	3	4
Name ggf. Geburtsname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ				
Wohnort				
Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Antragsteller(in)				
Schulabschluss				
erlernter Beruf (Ausbildung / Studium)				
jetzige Tätigkeit				
Arbeitgeber				
Verfügt die Person ver- mutlich über erhebliches Einkommen* von insgesamt über 100.000 € brutto jährlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt

* darunter fallen gemäß § 2 Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, Einkünfte aus selbstständiger Arbeit, Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung und sonstige Einkünfte im Sinne des EStG.

Ort, Datum, Unterschrift

Anlage 2 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben zu getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartner

Seite 1

Antrag stellende / Leistungsberechtigte Person	Geburtsdatum
Wohnort	
Name ggf. Geburtsname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ	
Wohnort	
Schulabschluss	
erlernter Beruf	
Ausbildung / Studium	
jetzige Tätigkeit	
Arbeitgeber	
Verhältnis zum / zur Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit (Trennungsanzeige und Heiratsurkunde in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> geschieden seit (Scheidungs Urteil mit Rechtskraftvermerk in Kopie beifügen) Datum und Ort der Eheschließung
Unterhaltsansprüche tituliert	<input type="checkbox"/> ja (bitte vollstreckbaren Titel bzw. Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht	<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Unterhalt wird gezahlt	<input type="checkbox"/> ja mtl. EUR <input type="checkbox"/> nein

Anlage 2 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben zu getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartner

Seite 2

Fragen zur Unterhaltsregelung:

Unterhalt wurde nicht geltend gemacht bzw. auf Unterhalt wurde verzichtet weil,

(bitte Nachweise vorlegen – Ehevertrag, Scheidungsfolgenvereinbarung, etc.)

Bei Scheidung bitten wir um ergänzende Angaben zur eigenen Person:

Waren Sie zum Zeitpunkt der Scheidung erwerbstätig? ja nein

In welchen Zeiträumen nach der Scheidung bis zur ersten Sozialhilfeantragstellung (Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII) waren Sie erwerbstätig?

In welchen Zeiträumen nach der Scheidung waren Sie wegen Krankheit, Kindererziehung oder sonstigen Gründen nicht erwerbstätig?

Sofern Sie nach Ihrer Scheidung wegen Krankheit nicht erwerbsfähig waren, teilen Sie uns bitte mit, welche Gesundheitsstörungen seit wann vorlagen:
(Sofern vorhanden, bitten wir Sie um Vorlage ärztlicher Atteste bzw. Befundberichte)

Gibt es ein Gutachten der Deutschen Rentenversicherung hinsichtlich Ihrer Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung?

ja (bitte Kopie des Gutachtens beifügen) nein

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum, Unterschrift

Anlage 3 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben bei Ausländern und eingebürgerten deutschen Personen

I. Einreise	
Seit wann sind Sie in Deutschland? (genaue Datumsangabe)	
Halten Sie sich mit Familienangehörigen in Deutschland auf? nein ja, mit wem (genaue Angabe von Namen und Art der Familienzugehörigkeit)	
Wenn Sie allein eingereist sind, haben Sie Familie? nein ja, (wo halten sich Ihre Familienangehörigen auf)	
Aus welchem Land sind Sie eingereist?	
Sind Sie das erste Mal in Deutschland? nein	
Wann sind Sie das erste Mal nach Deutschland eingereist? (genaue Datumsangabe)	
In welchem Zeitraum haben Sie sich damals in Deutschland aufgehalten? Vom bis	
Aus welchen Gründen sind Sie damals nach Deutschland gekommen?	
Haben Sie während Ihres damaligen Aufenthaltes Sozialleistungen in Anspruch genommen? nein ja, von wem	
Zeitraum vom bis	
Wann und wohin (Datum der Ausreise) (Ausreiseland / Ort) und warum sind Sie damals ausgereist?	
Aus welchen Gründen sind Sie nach Deutschland gekommen?	

Anlage 3 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben bei Ausländern und eingebürgerten deutschen Personen

Seite 3

Wenn Sie zu Familienangehörigen eingereist sind:
Zu welchen Familienangehörigen?
Welche Aufenthaltsrechte haben diese Familienangehörigen?
Erhalten Sie Unterhaltsleistungen von diesen Familienangehörigen? nein ja, in welcher Höhe und Form?
Wurde bei Ihrer Einreise bzw. zum Erwerb des Aufenthaltstitels eine Verpflichtungserklärung abgegeben? nein ja, auf wen lautet diese Verpflichtungserklärung?
Welche Einkünfte haben Ihre Familienangehörigen?
Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene Wohnung? nein ja
Wovon haben Sie seit Ihrer Einreise Ihren Lebensunterhalt bestritten?
Sind Sie seit Ihrer Einreise krankenversichert? nein ja, bei welcher Krankenkasse?

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum, Unterschrift