

Stadt Osnabrück . Postfach 44 60 . 49034 Osnabrück

DIE OBERBÜRGERMEISTERIN

**Fachbereich Soziales**

Fachdienst

Besondere Sozialleistungen

Stadthaus 2, Natruper-Tor-Wall 5

49076 Osnabrück

Ⓜ Reißmüllerplatz

www.osnabrueck.de

Ihr Zeichen | Datum

Unser Zeichen | Datum  
50-11 Eingliederungshilfe

**Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)  
Für volljährige Personen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten die Übernahme der Kosten einer Eingliederungshilfeleistung für **volljährige Personen (über 18 Jahren)** nach dem SGB IX beantragen.

**Antrag:**

Daher bitte ich Sie zur weiteren Bearbeitung, den **Antrag** mit den beiliegenden Bögen, sowie alle **Anlagen** ausgefüllt und unterschrieben wieder einzureichen:

- Einwilligungserklärung Datenschutz
- Einverständniserklärung zur Anforderung medizinischer Unterlagen
- Ergänzungsbogen E
- Ergänzungsbogen zur finanziellen Situation
- Ergänzungsbogen H zur Ermittlung der Unterkunftskosten
- Fachärztliche Stellungnahme

**Sollten bei der Erstellung der fachärztlichen Stellungnahme Kosten anfallen, bitte ich um vorherige Rücksprache.**

Damit Ihre Ansprüche festgestellt werden können, ist Ihre Mitwirkung gem. § 60 SGB I erforderlich. Hierzu gehört auch die Vorlage notwendiger Nachweise.

**Nachweise:**

Ergänzend bitte ich um Vorlage der nachstehenden Unterlagen:

- Personalausweis oder Reisepass
- Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse (z.B. Kopie der Mitgliedskarte)
- Schwerbehindertenausweis, falls vorhanden
- Betreuerausweis, falls vorhanden
- Nachweise über alle Einkünfte des Vorjahres oder des Steuerbescheides (aus 2023) und Nachweise über aktuelle Einkünfte  
**Falls Sie existenzsichernde Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII beziehen, reicht die Vorlage des aktuellen Leistungsbescheides**
- Leistungsbescheide der Krankenkasse über laufende Leistungen

**Sprechzeiten:**

Montag 08:30 - 12:00 Uhr  
Donnerstag 14:00 - 17:30 Uhr  
und nach Vereinbarung  
- sonst geschlossen -

**Bankverbindung:**

Sparkasse Osnabrück  
BLZ 265 501 05 / Konto 14043

IBAN DE28265501050000014043  
BIC NOLADE22  
Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE21KVW00000015693

- Sparbücher
- Girokonto-Auszüge der letzten drei Monate, vollständig
- vorhandene medizinische Unterlagen
- Gutachten von medizinischen Dienst der Krankenkassen (MD), wenn vorhanden
- Entlassungsberichte aus stationären/ambulanten med. Maßnahmen

Bitte übersenden Sie keine Originalunterlagen, da die Post zentral eingescannt und vernichtet wird.

In den Vordrucken sind lediglich Angaben zu Ihrer eigenen Person bzw. des Antragsstellenden notwendig. Ebenfalls bitte ich unter dem Punkt „Personenbezogene Daten“ im Antragsbogen um Mitteilung, ob Sie in den letzten 6 Monaten bereits Eingliederungshilfeleistungen durch eine andere Kommune erhalten haben.

Um Ihnen bedarfsgerechte Leistungen der Eingliederungshilfe anbieten zu können, wird Ihr individueller Unterstützungsbedarfs ermittelt. Dazu erfolgt eine persönliche Bedarfserhebung nach § 117 ff. SGB IX.

**Nachdem Sie den Antrag eingereicht haben nehmen die zuständigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner Kontakt mit Ihnen auf.**

Bei Rückfragen steht Ihnen das Team der Eingliederungshilfe zur Verfügung:

[AnsprechpartnerInnen Verwaltung](#)



[AnsprechpartnerInnen Sozialer Dienst](#)



Selbstverständlich können Sie auch im Vorfeld einen Beratungstermin mit uns vereinbaren. Sofern möglich bitten wir darum einen vorausgefüllten Antragsvordruck mitzubringen.

**Wir unterstützen Sie gerne.  
Rufen Sie uns unter den o.g. Kontaktdaten an.**

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

**Antrag auf Leistungen für Volljährige nach dem  
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe**

**An**  
**Stadt Osnabrück**  
**Fachbereich Soziales**  
**Besondere Sozialleistungen**  
Eingliederungshilfe  
Postfach 44 60  
49034 Osnabrück

**Die Oberbürgermeisterin**  
Fachbereich Soziales  
Eingliederungshilfe

**Team 50-11**  **Sachgebiet 1**  
**Team 50-11**  **Sachgebiet 2**

eingegangen:

Um die Ihnen zustehenden Leistungen Ihrer Situation entsprechend gewähren zu können, ist die umfassende Kenntnis Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erforderlich. Aus diesem Grund ist die Beantwortung der nachfolgenden Fragen notwendig.

Ihre Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis und werden gemäß den §§ 60-65 SGB I und dem Zweiten Kapitel des SGB X nur im zulässigen Rahmen verarbeitet.

Bitte füllen Sie den Antrag deshalb möglichst vollständig aus.

Falls sich bei einzelnen Fragen Schwierigkeiten ergeben sollten, ist Ihnen die Sachbearbeitung gern behilflich.

**Personenbezogene Daten**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Telefon	
E-Mail	
Staatsbürgerschaft	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> Familienverband <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> besondere Wohnform <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> sonstiges      oder Einrichtung
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern unter folgender Anschrift

**Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Bedarfslage und warum Sie Unterstützung benötigen:**

Personenbezogene Daten	
Wurde bereits einmal Eingliederungshilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, bitte Bewilligungsbescheid beifügen
	Eingliederungshilfeträger (Kostenträger): <span style="float: right;">Art der Eingliederungshilfe:</span>
Name der Behörde, Ort <span style="float: right;">Wann zuletzt:</span>	

Ursachen der Behinderung / Mögliche Verursachung durch Dritte (Nachweis beifügen!)			
<input type="checkbox"/> durch Geburt	<input type="checkbox"/> seit Geburt	<input type="checkbox"/> durch Impfschaden	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> durch Dritte	<i>(z.B. Gewalttat nach dem SGB XIV, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung, etc.)</i>		
	<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beschreibung schädigendes Ereignis:		

Rechtliche Vertretung (Nachweis beifügen!)	
Haben Sie eine rechtliche Vertretung?	<input type="checkbox"/> nein, ich habe keine rechtliche Betreuung
	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung oder Beistand i.S. § 20 Abs. 3 SGB IX i.V.m. § 13 SGB X
	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung
	Name, Vorname:
	Straße, Hausnummer:
	PLZ, Ort:
	Telefon:
	Fax:
	E-Mail:
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	
<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheit	
<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	
<input type="checkbox"/> Entgegennahme und öffnen von Post	
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalte für:	
_____	
<input type="checkbox"/> befristet bis:	
<input type="checkbox"/> ist/wird beantragt	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

### Umfeld

Wie ist Ihr Familienstand?  Leben Sie in einer der genannten Partnerschaften?	<input type="checkbox"/>	ledig	
	<input type="checkbox"/>	verheiratet (Ehepartner/-in)	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
	<input type="checkbox"/>	geschieden	
	<input type="checkbox"/>	verwitwet	
	<input type="checkbox"/>	in einer Beziehung (verpartnert, Partner/-in)	
	<input type="checkbox"/>	Partner/Partnerin in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft	
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	
	Kontaktdaten Bezugsperson		
	Name, Vorname:		
	Straße, Hausnummer:		
	PLZ, Ort:		
	Telefon:		
	Fax:		
E-Mail:			

### Eltern

Elternteil 1	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv-Elternteil <input type="checkbox"/> Pflege-Elternteil <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Ggf. verstorben am:	Elternteil 2	<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv-Elternteil <input type="checkbox"/> Pflege-Elternteil <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Ggf. verstorben am:
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:		Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefon:	
Fax:		Fax:	
E-Mail:		E-Mail:	
<b>Es besteht Kontakt:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Meine Eltern sind:</b>			
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> unverheiratet zusammen lebend	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> unverheiratet getrennt lebend	<input type="checkbox"/> voneinander geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet

### Kinder

Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

Schulische Laufbahn/berufliche Situation	
Erreichter Schulabschluss	
Weiterer Bildungsabschlüsse:	
Erlerner Beruf	
Zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigung	
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen	
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse	
sonstiges	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss

Arbeitsverhältnisse/Tätigkeiten in der Vergangenheit	
Jahr	Arbeitsverhältnis/Tätigkeit

Krankenversicherung (Nachweis beifügen!)		
Name der Versicherung		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> keine Versicherung
Straße, Hausnummer:		<input type="checkbox"/> pflichtversichert
PLZ, Ort		<input type="checkbox"/> familienversichert
Telefon		<input type="checkbox"/> privat versichert
Mitgliedsnummer		<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
E-Mail:		<input type="checkbox"/> § 264 SGB V

**Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis (Nachweis beifügen!)**

- Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt.       Keine Anerkennung
- Ein Erstantrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_ .       Der Antrag wurde abgelehnt
- Ein Neufeststellungsantrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_ .       Der Antrag wurde abgelehnt
- Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ durch Name: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
**GdB:** \_\_\_\_\_ %
- Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis \_\_\_\_\_ /  unbefristet
- Es ist liegt eine Gleichstellung vor, Bescheid vom \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

**Merkmale**

- G (Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)       VB (Versorgungsberechtigt)
- aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)       kriegsbeschädigt
- H (Hilflosigkeit)       1.Kl (1. Klasse)
- B (Begleitperson)       EB (Entschädigungsberechtigt)
- Gl (Gehörlosigkeit)
- RF (Rundfunk / Fernsehen)
- Bl (Blindheit)
- TBl (Taubblindheit)

**Leistungen der Pflege (Soziale Pflegeversicherung) (Nachweis beifügen!)**

- Ein Antrag wurde bisher nicht gestellt       Keine Pflegeversicherung
  - Es liegt keine Einstufung vor
  - Ein Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_
  - Der Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am \_\_\_\_\_
  - Es wurde eingestuft in Pflegegrad \_\_\_\_\_ Beginn der Anerkennung: \_\_\_\_\_
- 1                       2                       3                       4                       5

**Zuständige Pflegekasse**

Name: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Welche Art der Pflegeleistungen erhalten Sie? (z.B. Pflegefeld, Pflegesachleistungen, Kombi-Leistungen, etc.)

Art der Verwendung	Einrichtung/Person	Seit wann?

**Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen  
gem. § 1831 BGB (Nachweis beifügen!)**

Gibt es einen  nein  ja  
Unterbringungsbeschluss?

- durch Beschluss vom  
 befristet bis

Folgende freiheitsentziehende Maßnahme wurde genehmigt:

**Selbsthilfe und andere Leistungen (Nachweis beifügen!)  
Nehmen Sie eine der genannten Leistungen in Anspruch?**

	Art der Leistung	durch	Umfang in der Woche	Seit wann?	Beendet?
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarschaft, etc.)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) (z.B. Krankengymnastik)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Berufliche und / oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)	siehe oben Leistungen der Pflege			
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)				
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Sozialen Entschädigung (SGB XIV)				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	vorhandene Hilfsmittel				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

<b>Anlagen zu diesem Antrag</b>	
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche Stellungnahme
<input type="checkbox"/>	Einwilligung Datenschutz Teilhabe- und Gesamtplanverfahren
<input type="checkbox"/>	Einverständniserklärung
<input type="checkbox"/>	Ergänzungsbogen E (Erklärung Vollständigkeit und Wahrheit der Angaben)
<input type="checkbox"/>	Ergänzungsbogen V2 Finanzielle Situation
<input type="checkbox"/>	Mitwirkungspflichten
<input type="checkbox"/>	Ergänzungsbogen H Ermittlung der Unterkunftskosten/Hausertragsberechnung
<input type="checkbox"/>	

<b>Erklärung</b>	
Hiermit bestätige ich, dass alle von mir obenstehenden gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.	
Ort, Datum	Unterschrift der antragstellenden Person oder Unterschrift der rechtlichen Vertretung

## Anlage: Finanzielle Situation

Antrag auf Leistungen nach dem  
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe

**An**  
**Stadt Osnabrück**  
**Fachbereich Soziales**  
**Besondere Sozialleistungen**  
Eingliederungshilfe  
Postfach 44 60  
49034 Osnabrück

**Die Oberbürgermeisterin**  
Fachbereich Soziales  
Eingliederungshilfe

**Team 50-11**  **Sachgebiet 1**  
**Team 50-11**  **Sachgebiet 2**

eingegangen:

### Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	

### Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)

<input type="checkbox"/> Kindergeld; KiG-Nummer <input type="checkbox"/> Erwerbs- / Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel-) Alters- / EM- / Sonstige) <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen (SGB IX, WVO) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) <input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe- / Lebenspartner*in, Angehörigen <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss (UVG) <input type="checkbox"/> Krankengeld / Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III) <input type="checkbox"/> Bürgergeld (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG) <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Vermögen (z.B. Lebensversicherungen, Barvermögen, etc.)  <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>  <input type="checkbox"/> Schulden <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
---	--

### Beziehen Sie aktuell Leistungen zum Lebensunterhalt?

SGB II oder SGB XII oder nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes

Angaben zum Einkommen gem. § 138 SGB IX, das sind zum Beispiel:

Jobcenterleistungen	SGB II	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bitte Nachweis beifügen
Grundsicherung	SGB XII	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bitte Nachweis beifügen
Lebensunterhalt für Beschädigte und Hinterbliebene	BVG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bitte Nachweis beifügen

Sollten Sie hier mit  ja geantwortet haben fügen Sie bitte einen Nachweis bei.

Die nächsten Fragen müssen Sie dann **nicht** mehr beantworten.

Bitte unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

Sollten Sie oben überall mit  nein geantwortet haben benötigen wir weitere Angaben von Ihnen.

Bitte füllen Sie daher die nächsten Seiten aus. Bitte unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

### Einkommen

Angaben zum **Einkommen des laufenden Jahres** gemäß §§ 135 Abs. 2, 136 SGB IX

sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
nichtsozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Erwerbminderungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Werksrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Witwenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	

Bitte fügen Sie Nachweise bei.

Angaben zum **Einkommen des Vorvorjahres** gemäß §§ 135 Abs. 2, 136 SGB IX

sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
nichtsozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Erwerbminderungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Werksrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Witwenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	

Nachweise und aktuellen  Lohnsteuerbescheid bitte beifügen.

### Vermögen

Angaben zum **Vermögen gem. §§ 139, 140 SGB IX**

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		€
Guthaben Girokonto	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Höhe:	€
			Bank:	
			IBAN:	
			BIC:	
Guthaben Sparkonto/Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Höhe:	€
			Bank:	
			IBAN:	
			BIC:	
Wertpapiere, Aktien, Depotkonten oder Fonds	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		€
Versicherungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		€ Art:
Wohn- und Hauseigentum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wert	€
			Lage, Flur	
			Größe	m2
			Anzahl der Whg.	
Grundstücke	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
			Kaufpreis:	€
			Typ:	
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Erstzulassung:	
Private Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art:	
Erbansprüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art:	
Ansprüche aus Übertragungsverträgen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	z.B. Wohn-, Altenrecht, Nießbrauch, etc.	
Sonstiges Vermögen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		€

Bitte fügen Sie Nachweise bei.

### Schenkung als Vermögen

Haben Sie in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- und Grundbesitz, Sparvermögen, etc.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> veräußert	<input type="checkbox"/> übergeben	<input type="checkbox"/> verschenkt	
	Art:			
	Anlass:			
	Wann:			
	An:			

Bitte fügen Sie Nachweise bei

### Kein Vermögen

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich kein Vermögen habe.

ja

### Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass alle von mir obenstehenden gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person oder  
Unterschrift der rechtlichen Vertretung

**ausstellende  
KLINIK oder  
PRAXIS**

Name und Adresse der Einrichtung		
Art der Einrichtung		
behandelnde Station / Abteilung	Telefon	E-Mail
Name der Fachärztin / des Facharztes	Telefon	E-Mail

**Stadt Osnabrück**  
 Fachbereich Soziales  
 Eingliederungshilfe (50-11)  
 Postfach 4460  
 49034 Osnabrück

**Fachärztliche Stellungnahme gem. § 100 SGB X**

zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gem. §§ 90 ff. SGB IX für Menschen, die eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern kann.

Name:	
Vorname:	
Straße:	
Postleitzahl:	
Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
<input type="checkbox"/> befand sich zuletzt vom _____ bis zum _____ in _____	
<input type="checkbox"/> befindet sich seit dem _____ in _____	
<input type="checkbox"/> erstmaliger <input type="checkbox"/> gelegentlicher <input type="checkbox"/> ambulanter <input type="checkbox"/> stationärer ärztlicher Behandlung	

Aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)			
Bezeichnung	ICD-Code	festgestellt durch Befundbericht /Stellungnahme / Gutachten u.a. von	am

### Mögliche Verursachung durch Dritte

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder Sache zurück?  
(z.B. Gewalttat nach dem SGB XIV, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung, etc.)

nicht bekannt

ja, Beschreibung schädigendes Ereignis:

nein

### Hinweise zu Körperfunktionen und -strukturen (ICF)

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen vor?

### Personenkreis nach § 99 SGB IX

Aus fachärztlicher Sicht wird festgestellt, dass folgende Abweichung vom alterstypischen Zustand vorliegt, die bereits länger als sechs Monate andauert bzw. mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist:

körperliche Beeinträchtigung vorliegend  drohend

ggf.  Blindheit oder hochgradige Sehbeeinträchtigung

ggf.  Hörschädigung

ggf.  Sprachbeeinträchtigung

geistige Beeinträchtigung vorliegend  drohend

seelische Beeinträchtigung vorliegend  drohend

ggf.  Suchterkrankung

### Bisheriger Krankheitsverlauf:

### Aktuelle körperliche und geistig-seelische Gesamtverfassung:

### Aktuelle Behandlungsmaßnahmen

z.B. Behandlungspflege, psychiatrische häusliche Krankenpflege, Psychotherapie, Ergotherapie, etc.

Bezeichnung	Wird durch geführt durch	Wird angeraten aus ärztlicher Sicht
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Ort, Datum:

Unterschrift Facharzt/-ärztin:

# Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

## Anlage: Einwilligungserklärung Datenschutz

Antrag auf Leistungen nach dem  
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe

### Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	

Der Träger der Sozialhilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist die Stadt Osnabrück verpflichtet, die Bedarfsermittlung mit einem Formular zu bearbeiten. Dieses Formular heißt: Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni).

Die in der individuellen Bedarfsermittlung (anhand des Formularsatzes B.E.Ni) erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab dem \_\_\_\_\_ gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber der Stadt Osnabrück

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Die Stadt Osnabrück, Datenschutzbeauftragte, ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle per E-Mail [Datenschutz@Osnabrueck.de](mailto:Datenschutz@Osnabrueck.de) oder postalisch unter Postfach 4460, 49034 Osnabrück, erreichbar.

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann die Stadt Osnabrück Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

- 
- Ich willige ein, dass die Stadt Osnabrück die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
  - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
  - Ich willige ein, dass die Stadt Osnabrück die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.
- 

### Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person oder  
Unterschrift der rechtlichen Vertretung

## Anlage: Einverständniserklärung

Antrag auf Leistungen nach dem  
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe

### Personenbezogene Daten

Name

Vorname

### Erklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Stadt Osnabrück die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Untersuchungsbefunde, psychologische Gutachten) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Sozialleistungsträgern - auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind – anfordert und in dem Umfang bezieht, wie diese zur Ermittlung des Sachverhaltes und zur Prüfung des Antrags notwendig sind.

Bereits vorhandene Unterlagen (z.B. Krankenhausberichte, ärztliche Atteste, Berichte von Therapeuten) füge ich mir dem Antrag bei. Ich bin damit einverstanden, dass weitere erforderliche Berichte bei den behandelnden Ärzten oder Therapeuten angefordert werden.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich / wir den Antrag nicht beschränkt habe/n, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren.

**Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde/n die genannten Ärzte und Mitarbeiter der Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen werde ich umgehend mitteilen.

Ich, erkläre darüber hinaus mein Einverständnis, dass der Fachbereich Soziales zum Zweck der Vereinfachung des Schriftverkehrs auch personenbezogene Daten durch den Sozialhilfeträger elektronisch per E-Mail übermitteln darf.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person oder  
Unterschrift der gesetzlichen Vertretung oder  
Unterschrift der rechtlichen Betreuung oder  
Unterschrift einer anderen bevollmächtigten Person (Nachweis beifügen)

## Ergänzungsbogen: E

## "Erklärung"

zum Antrag auf

- Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII
- Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) IX
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

vom:

\_\_\_\_\_

für:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Ich versichere, dass die Angaben im vorgenannten Antrag und den dazugehörigen Ergänzungsbogen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich weiß, dass ich nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) - Allgemeiner Teil - jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Sozialamt mitteilen muss. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel und jede vorübergehende Abwesenheit vom Haushalt (z.B. Krankenhausaufenthalt etc.) bzw. von Osnabrück (z.B. Urlaub) dem Sozialamt, soweit wie möglich, vorher zu melden.

Über die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, habe ich das Sozialamt unverzüglich zu informieren. Ebenso werde ich die erforderlichen Angaben auch für die jetzt und zukünftig mit mir im Haushalt lebenden Personen machen.

Ich weiß, dass die gegenüber der beantragten Leistung vorrangigen Ansprüche (**Unterhalt, Renten, Arbeitslosengeld, Wohngeld usw.**) von mir, notfalls auch gerichtlich, durchzusetzen sind; jede Geltendmachung von Ansprüchen gegen Dritte werde ich umgehend dem Sozialamt mitteilen. Soweit mir im Einzelfall eine Anspruchsverfolgung aus triftigen Gründen nicht möglich ist, kann auch das Sozialamt die Ansprüche verfolgen. Soweit dafür eine Vollmacht erforderlich sein sollte, erteile ich diese hiermit.

Mir ist bekannt, dass ich auf Verlangen des Sozialamtes die Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte (Banken, Arbeitgeber, Ärzte usw.) zuzustimmen, Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen Beweisunterlagen vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen habe, soweit dies zum Nachweis meiner geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung die Leistungen insoweit zunächst versagt werden können, als die Leistungsvoraussetzungen innerhalb einer mir gesetzten Frist nicht nachgewiesen wurden (§ 66 Sozialgesetzbuch (SGB) - Allgemeiner Teil).

Wenn ich wissentlich falsche Angaben mache oder Tatsachen verschweige, die für den Bezug von Leistungen wichtig sind, kann das zu einem Ermittlungsverfahren wegen Betruges führen. Zu Unrecht erbrachte Leistungen muss ich zurückzahlen, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben gemacht, erforderliche Angaben nicht rechtzeitig mitgeteilt oder die Zahlung durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt habe.

Ich bin damit einverstanden, dass Überweisungen, die ich vom Sozialamt erhalte, mit dem Verwendungszweck "Sozialleistung" gekennzeichnet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/der Erklärenden

## **Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

### **Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) I**

#### **§ 60 Angaben von Tatsachen**

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
  1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
  2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
  3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diesen benutzt werden.

#### **§ 61 Persönliches Erscheinen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

#### **§ 62 Untersuchungen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

#### **§ 63 Heilbehandlung**

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

#### **§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

#### **§ 65 Grenzen der Mitwirkung**

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
  1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
  2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
  3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
  1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
  2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
  3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehenden Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

#### **§ 65 a Aufwendungsersatz**

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

### **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

### **§ 67 Nachholung der Mitwirkung**

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

## **Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) X**

### **§ 21 Beweismittel**

- (1) Die Behörde bedient sich der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhaltes für erforderlich hält. Sie kann insbesondere
  1. Auskünfte jeder Art, auch elektronisch und als elektronisches Dokument, einholen,
  2. Beteiligte anhören, Zeugen und Sachverständige vernehmen oder die schriftliche oder elektronische Äußerung von Beteiligten, Sachverständigen und Zeugen einholen,
  3. Urkunden und Akten beiziehen,
  4. den Augenschein einnehmen.Urkunden und Akten können auch in elektronischer Form beigezogen werden, es sei denn, durch Rechtsvorschrift ist etwas anderes bestimmt.
- (2) Die Beteiligten sollen bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitwirken. Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitzuwirken, insbesondere eine Pflicht zum persönlichen Erscheinen oder zur Aussage, besteht nur, soweit sie durch Rechtsvorschrift besonders vorgesehen ist.

### **§ 67a Erhebung von Sozialdaten**

- (1) Die Erhebung von Sozialdaten durch die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen ist zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. Dies gilt auch für die Erhebung der besonderen Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679. § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend.
- (2) Sozialdaten sind bei der betroffenen Person zu erheben. Als Erhebung nach Satz 1 gilt auch die Entscheidung der betroffenen Person nach § 67f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 2 oder ein ausdrückliches Ersuchen im Anwendungsbereich des § 77a. Ohne ihre Mitwirkung dürfen sie nur erhoben werden
  1. bei den in § 35 des Ersten Buches oder in § 69 Absatz 2 genannten Stellen, wenn
    - a) diese zur Übermittlung der Daten an die erhebende Stelle befugt sind,
    - b) die Erhebung bei der betroffenen Person einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und
    - c) keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person beeinträchtigt werden,
  2. bei anderen Personen oder Stellen, wenn
    - a) eine Rechtsvorschrift die Erhebung bei ihnen zulässt oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreibt oder
    - b)
      - aa) die Aufgaben nach diesem Gesetzbuch ihrer Art nach eine Erhebung bei anderen Personen oder Stellen erforderlich machen oder
      - bb) die Erhebung bei der betroffenen Person einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person beeinträchtigt werden.