

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

Stadt Osnabrück
Fachbereich Soziales
Besondere Sozialleistungen
Hilfe zur Pflege (50-12)
 Postfach 44 60
 49034 Osnabrück

Die Oberbürgermeisterin
 Fachbereich Soziales

Ausgegeben am:

Eingangsdatum:

Aktenzeichen:

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig aus.
 Falls sich bei einzelnen Fragen Schwierigkeiten ergeben sollten, ist Ihnen die Sachbearbeitung gern behilflich.

Nachweise zu diesem Antrag

Bitte belegen Sie möglichst alle Angaben durch geeignete Nachweise.

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

1 Ich beantrage folgende Leistung

Hilfe zur Pflege (*nach dem 7. Kapitel SGB XII*)

2 Persönliche Daten

Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie Unterstützung benötigen.

201

Pflegeheim oder Pflegedienst

Geplanter Beginn

oder Versorgung seit dem

202

1. Person

2. Person

203

Antragsteller/in

Ehegatte

Lebenspartner(in)

Partner(in) eheähn. Gemeinschaft

204

männlich

weiblich

divers

männlich

weiblich

divers

205 Familienname

206 Geburtsname

207 Vorname

208 Geburtsdatum und -ort

209 Straße, Hausnummer

210 PLZ, Ort

		1. Person		2. Person	
211	Aufenthaltsverhältnisse in den letzten drei Monaten vor Unterbringung? Waren Sie zum Beispiel 1. Zuhause? 2. im Krankenhaus? 3. in der Kurzzeitpflege? 4. in der Reha? 5. in der Kur? 6. bei Verwandten? 7. Sonstiges (bitte benennen)	<input type="checkbox"/> zuhause, siehe Zeile 209		<input type="checkbox"/> zuhause, siehe Zeile 209	
		von	bis	von	bis
		<input type="checkbox"/> Name:		<input type="checkbox"/> Name:	
		Anschrift:		Anschrift:	
		von	bis	von	bis
		<input type="checkbox"/> Name:		<input type="checkbox"/> Name:	
		Anschrift:		Anschrift:	
		von	bis	von	bis
		<input type="checkbox"/> Name:		<input type="checkbox"/> Name:	
		Anschrift:		Anschrift:	
von	bis	von	bis		
<input type="checkbox"/> Name:		<input type="checkbox"/> Name:			
Anschrift:		Anschrift:			
von	bis	von	bis		
212	Leben Sie in einer ambulant betreuten WG?	<input type="checkbox"/> ja, Name:		<input type="checkbox"/> ja, Name:	
		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
214	Telefonnummer/E-Mail (freiwillige Angabe)				
215	Familienstand	<input type="checkbox"/> Ledig		<input type="checkbox"/> Ledig	
		<input type="checkbox"/> Verwitwet		<input type="checkbox"/> Verwitwet	
		<input type="checkbox"/> Verheiratet, seit		<input type="checkbox"/> Verheiratet, seit	
		<input type="checkbox"/> Geschieden, seit		<input type="checkbox"/> Geschieden, seit	
216	Besteht eine rechtl. Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Besteht eine Bevollmächtigung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Name, Vorname				
	Straße, Hausnummer				
	PLZ, Ort				
	Telefonnummer/E-Mail				
217	Staatsangehörigkeit				

3 Sofern Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen					
		1. Person		2. Person	
301					
302	In Deutschland lebend seit				
303	Aufenthaltsrechtl. Status?				
304	Wann/warum sind Sie nach Deutschland eingereist?	Datum und Ort		Datum und Ort	
		Grund		Grund	

4 Kranken- und Pflegeversicherung					
		1. Person		2. Person	
401					
402	Name der Versicherung				
403	Mitgliedsnummer				
404	Versicherungsart	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert (Bitte Beitragsrechnung beifügen)		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert (Bitte Beitragsrechnung beifügen)	
		<input type="checkbox"/> pflichtversichert		<input type="checkbox"/> pflichtversichert	
		<input type="checkbox"/> familienversichert		<input type="checkbox"/> familienversichert	
		<input type="checkbox"/> privat versichert		<input type="checkbox"/> privat versichert	
		<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt		<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
		<input type="checkbox"/> § 264 SGB V		<input type="checkbox"/> § 264 SGB V	
	<input type="checkbox"/> keine Versicherung	<input type="checkbox"/> keine Versicherung		<input type="checkbox"/> keine Versicherung	

4 Kranken- und Pflegeversicherung											
405	Angaben zum Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad					<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad				
		<input type="checkbox"/> Ich habe einen Pflegegrad beantragt					<input type="checkbox"/> Ich habe einen Pflegegrad beantragt				
		<input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Pflegegrad					<input type="checkbox"/> Ich habe folgenden 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

5 Verursachung der Hilfsbedürftigkeit durch Dritte											
501		1. Person					2. Person				
502	Ist Ihre Hilfebedürftigkeit durch einen Dritten verursacht worden?	<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> nein				
		<input type="checkbox"/> unbekannt					<input type="checkbox"/> unbekannt				
		<input type="checkbox"/> seit Geburt					<input type="checkbox"/> seit Geburt				
		<input type="checkbox"/> durch Geburt					<input type="checkbox"/> durch Geburt				
		<input type="checkbox"/> durch Impfschaden					<input type="checkbox"/> durch Impfschaden				
		<input type="checkbox"/> durch Gewalttat					<input type="checkbox"/> durch Gewalttat				
		<input type="checkbox"/> durch Verkehrsunfall					<input type="checkbox"/> durch Verkehrsunfall				
503	Wurde Klage erhoben?	<input type="checkbox"/> ja, gegen					<input type="checkbox"/> ja, gegen				
		<input type="checkbox"/> nein, Grund:					<input type="checkbox"/> nein, Grund:				

6 Weitere Ansprüche und sonstige Verhältnisse											
Bitte fügen Sie einen Nachweis in Kopie bei											
601		1. Person					2. Person				
602	Besteht eine Schwerbehinderung?	<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> nein				
		<input type="checkbox"/> ja GdB % _____					<input type="checkbox"/> ja GdB % _____				
		Merkmale: _____					Merkmale: _____				
603	Erhalten Sie Eingliederungshilfe (SGB IX)?	<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> nein				
		<input type="checkbox"/> ja, durch:					<input type="checkbox"/> ja, durch:				
604	Haben Sie beamtenrechtliche oder vergleichb. Ansprüche?	<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> nein				
		<input type="checkbox"/> ja, bei:					<input type="checkbox"/> ja, durch:				
605	Haben Sie schon einmal - Arbeitslosengeld I - Bürgergeld - Grundsicherung bezogen?	<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> nein				
		<input type="checkbox"/> ja, von					<input type="checkbox"/> ja, von				
606	Sind Ihnen sonstige Ansprüche bekannt?										

7 Häusliche Verhältnisse																					
701																					
702	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1. Person</th> <th colspan="2">2. Person</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> zur Miete</td> <td><input type="checkbox"/> mietfrei</td> <td><input type="checkbox"/> zur Miete</td> <td><input type="checkbox"/> mietfrei</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Haus/Wohnung als Eigentum</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Haus/Wohnung als Eigentum</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> kostenloses Wohnrecht</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> kostenloses Wohnrecht</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ich wohne bereits in einer Einrichtung seit dem:</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ich wohne bereits in einer Einrichtung seit dem:</td> </tr> </tbody> </table>	1. Person		2. Person		<input type="checkbox"/> zur Miete	<input type="checkbox"/> mietfrei	<input type="checkbox"/> zur Miete	<input type="checkbox"/> mietfrei	<input type="checkbox"/> Haus/Wohnung als Eigentum		<input type="checkbox"/> Haus/Wohnung als Eigentum		<input type="checkbox"/> kostenloses Wohnrecht		<input type="checkbox"/> kostenloses Wohnrecht		<input type="checkbox"/> ich wohne bereits in einer Einrichtung seit dem:		<input type="checkbox"/> ich wohne bereits in einer Einrichtung seit dem:	
1. Person		2. Person																			
<input type="checkbox"/> zur Miete	<input type="checkbox"/> mietfrei	<input type="checkbox"/> zur Miete	<input type="checkbox"/> mietfrei																		
<input type="checkbox"/> Haus/Wohnung als Eigentum		<input type="checkbox"/> Haus/Wohnung als Eigentum																			
<input type="checkbox"/> kostenloses Wohnrecht		<input type="checkbox"/> kostenloses Wohnrecht																			
<input type="checkbox"/> ich wohne bereits in einer Einrichtung seit dem:		<input type="checkbox"/> ich wohne bereits in einer Einrichtung seit dem:																			

703	Werden Sie weiterhin in der bisherigen Wohnung leben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-----	---	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

704	<u>Bei neuer Heimaufnahme</u> Zu wann wurde die Wohnung gekündigt? Bei einer Wohnungskündigung besteht die Möglichkeit der Kostenübernahme von Mietfolgekosten (z.B. Miete, etc.). Bitte nehmen Sie hierzu Kontakt mit uns auf.
-----	--

↓ Die Angaben 705 bis 712 sind nur dann notwendig, wenn Sie mit ja bei 703 geantwortet haben

705	Nachweise bei Miete	Mietvertrag, letzte Nebenkostenabrechnung, letztes Mieterhöhungsverlangen, ggf. Einstufung des Energerieversorgers, Mietbescheinigung etc.		
706	Nachweise bei Eigentum	Grundbuchauszug, Mietverträge, Nebenkostenabrechnung, etc. Soweit Sie das Eigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung der Kosten einzureichen (Fordern Sie bitte Bogen H bei uns an)		
707	Wie viele Personen leben mit Ihnen in der Wohnung/Haus?			
708	Wohnfläche der Wohnung / des Hauses			m ²
709	Wie viel Quadratmeter bewohnen Sie selbst davon?			m ²
710	Wie viel QM werden anderweitig genutzt?	Grund:		m ²
711	Betriebskosten	Kalt-/Grundmiete		€
		Nebenkosten (ohne Heizkosten)		€
		Haushaltsstrom		€
		Kabelanschlussgebühren (TV)		€
712	Heizkosten (Energieart)	Heizkosten		€
		<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Strom
		<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/>
		Warmwasserbereitung		€
		<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> dezentral (z.B. Boiler)	

8	Einkommen der antragstellenden Person und der Angehörigen / Inland und Ausland				
----------	---	--	--	--	--

Bitte fügen Sie einen Nachweis in Kopie bei				
---	--	--	--	--

801	Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antragsteller(in) 1. Person		Ehegatte(in) / Lebenspartner 2. Person	
------------	-------------------------------------	--------------------------------	--	---	--

802	Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
803	Betriebsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
804	Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
805	Witwenrente/Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
806	Pension	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
807	ausländische Rente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€

Beziehen Sie noch andere Renten? z.B. Unfall-/Verletztenrente, Knappschaftsausgleichszahlung, private Renten, Hinterbliebenenrente, Renten nach dem SGB XIV, Halbwaisen- /Waisenrente, Grundrente etc.				
--	--	--	--	--

808		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
809		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€

810	Wohngeld/Lastenausgleich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
811	Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
812	Ehegattenunterhalt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
813	Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
814	Blindenhilfe / Landesblindengeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
815	Krankengeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
816	Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
817	Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
818	Berufsausbildungsbeihilfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
819	BAföG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
820	Kapitalerträge/Zinsen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
821	Sonstiges bitte eintragen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		€
822	Ich habe kein Einkommen	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			

9	Aktuelle Arbeitsverhältnisse und damit verbundene Aufwendungen gem. § 82 Abs. 2 SGB XII			
----------	--	--	--	--

901		1. Person		2. Person	
902	Üben Sie eine Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
903	Art der Tätigkeit				
904	Arbeitgeber				
905	Monatliche Einnahmen				
906	Einfache Wegstrecke vom Wohnort zur Arbeitsstätte	Kilometer:		Kilometer:	
907	Nutzen Sie ein privates KFZ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
908	Fahrtkosten mit öffentl. Verkehrsmitteln	Höhe:		Höhe:	

10 Versicherungen und Beiträge gem. § 82 Abs. 2 SGB XII							
Bitte fügen Sie einen Nachweis in Kopie bei							
1001		1. Person			2. Person		
1002	Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1003	Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1004	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1005	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1006	Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1007	Gewerkschaftsbeiträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1008	Sonstiges bitte eintragen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€

11 Vermögen im Inland und Ausland gem. § 90 SGB XII							
Bitte fügen Sie einen Nachweis in Kopie bei							
1101	Art des Vermögens	1. Person			2. Person		
1102	Girokonto	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1103	Sparguthaben	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1104	Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1105	(Bau-)Sparverträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1106	Wertpapiere, Aktien, Fonds	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1107	Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1108	Sterbegeldversicherungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1109	Bestattungsvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1110	Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Grund der Anschaffung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Grund der Anschaffung
		Baujahr			Baujahr		
		Typ			Typ		
		Kilometerstand		km	Kilometerstand		km
		Kaufdatum			Kaufdatum		
		Kaufpreis		€	Kaufpreis		€
1111	Erbansprüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1112	Wohnrecht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1113	Altenteilsrecht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1114	Nießbrauchrecht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1115	Sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€
1116	Sonstiges Vermögen bitte eintragen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	€

Eigentum: Sollten Sie Wohneigentum besitzen, kontaktieren Sie uns bitte bzgl. des Ergänzungsbogens H

1117	Haus-/ Wohnungseigentum im Inland	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	
1118	Sonstiger Grundbesitz im Inland	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	
1119	Haus-/ Wohnungseigentum Im Ausland	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	
1120	Sonstiger Grundbesitz im Ausland	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	
1121	Ich habe kein Vermögen	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

12 Übertragung von Vermögen

Haben Sie in den letzten zehn Jahren vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit Vermögen auf andere Personen übertragen?

(z. B. Schenkungen, Übergabeverträge, Altenteil, Verzicht auf verschiedene Rechte, vorgezogene Erbfolge, etc.)

1201	Art der Übertragung	1. Person		2. Person	
1202	Schenkung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
1203	Übertragung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
1204	Vorgezogene Erbfolge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
1205	Verzicht (auch Wohnrecht, etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
1206	Sonstiges bitte eintragen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
1207	Ich erkläre, kein Vermögen - verschenkt, - veräußert, - übergeben - oder ähnliches zu haben.	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja	

13 Kontoinformationen (bitte Kontoauszüge der letzten 6 Monate einreichen)

1301	Girokonto	1. Person	2. Person
1302	Kontoinhaber(in)		
1303	Kreditinstitut		
1304	IBAN		
1305	Kreditinstitut		
	IBAN		
1306	Kreditinstitut		
	IBAN		
1307	IBAN Kreditinstitut		
	IBAN		

1308 Weitere Konten bitte auf einem separaten Schreiben benennen

Fragen zum Unterhalt			
-----------------------------	--	--	--

14	Angaben zu <u>Mutter</u> und <u>Vater</u> der antragstellenden Person		
-----------	--	--	--

1401	Verwandtschaftsverhältnis	Mutter der antragstellenden Person	Vater der antragstellenden Person
1402	Name, Vorname		
1403	Geburtsdatum		
1404	ggf. Sterbedatum		

15	Angaben zum getrenntlebenden oder geschiedenen <u>Ehegatten</u> (in) der antragstellenden Person		
-----------	---	--	--

1501	Getrennt oder geschieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------	---------------------------	-----------------------------	-------------------------------

1502	Verwandtschaftsverhältnis	Getrenntlebende(r) Ehegatte(in)	Geschiedene(r) Ehegatte(in)
------	---------------------------	---------------------------------	-----------------------------

1503	Name, Vorname		
1504	Geburtsdatum		
1505	ggf. Sterbedatum		
1506	Straße, Hausnummer		
1507	PLZ, Ort		
1508	Wie wird der Lebensunterhalt sichergestellt?		
1509	Welche Tätigkeit üben Sie aus?		
1510	Liegt das Jahreseinkommen über 100.000 € (brutto)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

16	Angaben zu <u>Kindern</u> und anderen Angehörigen der antragstellenden Person		
-----------	--	--	--

1601	Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja, unten bitte eintragen	<input type="checkbox"/> nein, ich habe keine Kinder
------	-------------------	--	--

1602	Verwandtschaftsverhältnis	Kind der antragstellenden Person	Kind der antragstellenden Person
------	---------------------------	----------------------------------	----------------------------------

1603	Name, Vorname		
1604	Geburtsdatum		
1605	ggf. Sterbedatum		
1606	Straße, Hausnummer		
1607	PLZ, Ort		
1608	Wie wird der Lebensunterhalt sichergestellt?		
1609	Welche Tätigkeit üben Sie aus?		
1610	Liegt das Jahreseinkommen über 100.000 € (brutto)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

1610	Verwandtschaftsverhältnis	Kind der antragstellenden Person	Andere:
------	---------------------------	----------------------------------	---------

1611	Name, Vorname		
1612	Geburtsdatum		
1613	ggf. Sterbedatum		
1614	Straße, Hausnummer		
1615	PLZ, Ort		
1616	Wie wird der Lebensunterh. sichergestellt? Tätigkeit?		
1617	Welche Tätigkeit üben Sie aus?		
1618	Liegt das Jahreseinkommen über 100.000 € (brutto)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

17 Vollmacht und Einverständnis			
1701	Im Zusammenhang mit diesem Antrag erteile ich meinem/meiner Ehegatten(in)/Lebenspartner(in) bzw. Partner(in) in eheähn. Gemeinschaft eine Vollmacht zur Beteiligung am Schriftwechsel u. Entgegennahme von Geldleistungen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein.
1702	Wohngeldanträge bei Hilfe zur Pflege Ich bevollmächtige die Stadt Osnabrück, für mich evtl. bestehende Wohngeldansprüche geltend zu machen. Diese Vollmacht gilt sowohl für den Erstantrag als auch für Folgeanträge bei stationärer Pflege.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1703	Ist ein Antrag auf Wohngeld bereits gestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1704	Elektronischer Schriftverkehr Ich bin damit einverstanden, dass der Fachbereich Soziales personenbezogene Daten zur Vereinfachung des Schriftverkehrs auch per E-Mail unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen an mich, Einrichtungen und andere relevante Stellen übermitteln kann.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1705	Zuzahlung von Arzneimitteln, etc.		
	<input type="checkbox"/> ja	Die Zuzahlung für Arzneimittel etc. bis zur Belastungsgrenze werde ich auch künftig selbst mit meiner Krankenkasse regeln. Eine Übernahme der Kosten durch den Fachbereich Soziales ist nicht erforderlich, die Regelung des § 37 Absatz 2 SGB XII nehme ich nicht in Anspruch.	
	oder		
	<input type="checkbox"/> nein	Ich bitte darum, die von mir zu leistenden Zuzahlungsbeträge für Arzneimittel etc. aus Sozialhilfemitteln darlehensweise zu übernehmen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Beträge in voller Höhe von mir zu erstatten sind. Mir ist bewusst, dass entstehende Kosten (z.B. Kontoführungsgebühren) nicht übernommen werden.	
18 Informationen zur Kenntnisnahme			
1801	Datenverarbeitung	Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Falsche Angaben können strafrechtliche Folgen haben.	
1802	Wahrheit der Angaben	Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich habe die Merkblätter zum Datenschutz, Erklärungsbogen E, und Mitwirkungspflichten erhalten und zur Kenntnis genommen.	
1803	Überleitung von Ansprüchen	Gem. § 93 SGB XII kann der Sozialhilfeträger Ihre privatrechtlichen Ansprüche durch schriftliche Anzeige auf sich überleiten. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Unterhaltsrechtliche Ansprüche (z.B. ggü. Ihren Kindern oder Eltern, etc.) gehen kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.	
1804	Kostenersatz durch Erben	Der Erbe / die Erbin der leistungsberechtigten Person oder ihres Ehegatten(in) oder ihres Lebenspartners(in) ist grundsätzlich zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe verpflichtet. Diese Ersatzpflicht gehört zu den Nachlassverbindlichkeiten. Der Erbe / die Erbin haftet aber nur mit dem Nachlass. Geschütztes Vermögen während des Leistungsbezuges gem. § 90 XII ist bei Tod der leistungsberechtigten Person nicht mehr geschützt. (§ 102 SGB XII)	
19 Unterschrift			
		1. Person	2. Person
1901	Name u. Vorname in Druckbuchstaben		
1902	Ort, Datum		
1903	Unterschrift		
1904		Unterschrift der antragstellenden Person oder bevollmächtigte Person/rechtliche Vertretung	Unterschrift der 2. Person oder bevollmächtigte Person/rechtliche Vertretung

Ergänzungsbogen E: Erklärung

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölf (SGB XII) Sozialhilfe

Personenbezogene Daten

Name

Vorname

Erklärung

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 Fachbereich Soziales 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 Fachbereich Soziales, soweit wie möglich, vorher zu melden.

Über die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, habe ich den Fachbereich Soziales 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 Fachbereich Soziales mitteilen. Soweit mir im Einzelfall eine Anspruchsverfolgung aus triftigen Gründen nicht möglich ist, kann auch der Fachbereich Soziales die Ansprüche verfolgen. Soweit dafür eine Vollmacht erforderlich sein sollte, erteile ich diese hiermit.

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

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger (z.B. Grundsicherung) von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte, einzusehen. Den behandelnden Arzt, Kliniken, ärztliche Gutachter und Rentenversicherungsträger entbinde ich hiermit gegenüber dem Fachbereich Soziales von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Entscheidung des Antrages erforderlich ist.

Sind die Voraussetzungen nach dem SGB XIV (Soziales Entschädigungsrecht) erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt.

Mir ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung die Leistungen insoweit zunächst versagt, werden können, als die Leistungsvoraussetzungen innerhalb einer gesetzten Frist nicht nachgewiesen worden sind oder 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 Leistung 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 Fachbereich Soziales erhalte, mit dem Verwendungszweck "Sozialleistung" gekennzeichnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person oder
Unterschrift der rechtlichen Vertretung oder
Unterschrift der bevollmächtigten Person

Um sachgerecht und in Ihrem Interesse über Ihren Antrag oder sozialrechtlichen Leistungsanspruch (hier: Geld-, Sach- und Dienstleistungen) entscheiden zu können, benötigt der Fachbereich Soziales der Stadt Osnabrück von Ihnen persönliche Informationen bzw. personenbezogene Daten, um die Anspruchsvoraussetzungen für Sozialleistungen feststellen und Sie dazu ausführlich beraten bzw. informieren zu können.

Mit den nachfolgenden Informationen werden Sie gemäß Art. 13 und Art. 14 DSGVO über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie über Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht informiert.

1. Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Sie können die verantwortliche datenverarbeitende Stelle per E-Mail unter sozialamt@osnabrueck.de bzw. postalisch unter Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales, Postfach 44 60, 49034 Osnabrück, kontaktieren.

2. Datenschutzbeauftragte

Sie können die Datenschutzbeauftragte der Stadt Osnabrück per E-Mail unter datenschutz@osnabrueck.de bzw. postalisch unter Stadt Osnabrück, Städtische Datenschutzbeauftragte, Postfach 44 60, 49034 Osnabrück, kontaktieren.

3. Verarbeitung Ihrer Daten (Verarbeitungszweck)

Der Fachbereich Soziales der Stadt Osnabrück verarbeitet Daten zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenerledigung nach den Sozialgesetzbüchern (SGB II; SGB IX; SGB XI; SGB XII; SGB XIV), dem Wohngeldgesetz, dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Landesblindengeldgesetz (LBGG) u.a., die er im Rahmen dieser gesetzlichen Aufgaben direkt von Ihnen erhalten hat.

Die personenbezogenen Daten werden zudem bei der Durchsetzung von Erstattungsansprüchen gegenüber anderen Leistungsträgern oder Stellen oder zur Bekämpfung von Leistungsmissbrauch verarbeitet. Eine Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt ferner für die Ausstellung von Bescheinigungen, für die Bearbeitung von Bildungs- und Teilhabeleistungen, zur Durchführung automatisierter sozialrechtlicher Datenabgleiche sowie zur Erstellung von Statistiken.

Folgende Datenkategorien werden unter der Berücksichtigung der Zweckbindung und Datenminimierung entsprechend Artikel 5 Buchstabe b und c DSGVO verarbeitet:

Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten), Legitimationsdaten, Daten zum Versicherungsverhältnis, Daten zur finanziellen Situation, Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten, Gesundheitsdaten, Daten zur Behinderung, Daten zur Lebens- bzw. Hilfesituation, Daten zum gesetzlichen Vertreter, Daten zu Leistungserbringern, Daten zum Beratungsanlass und zur Antragstellung, Daten der Hilfeplanung (u. a. Gesamtplanung oder Teilhabeplanung).

Der Leistungsträger kann die Vorlage von Kontoauszügen für einen Zeitraum von i. d. R. 6 Monaten im Rahmen des Erstantrages als auch bei Stellung von Folgeanträgen fordern. Sie haben das Recht zur Schwärzung von Angaben, soweit es sich um den Verwendungszweck von Ausgaben handelt.

Sofern eine Aufklärung des Sachverhaltes mit Ihren Daten nicht möglich ist, kann der o.g. Fachbereich entsprechend § 21 SGB X und § 117 SGB XII auch Auskünfte einholen (soweit es für seine Aufgabenerfüllung notwendig ist), die es von zugänglichen Quellen oder anderen Behörden bzw. Sozialleistungsträgern datenschutzkonform erhalten hat (z. B. Rentenauskunftsverfahren des Rentenversicherungsträgers, Sozialhilfedatenabgleich, Ausländerzentralregister, Grundbücher, Meldebehörden, Gesundheitsämter, Krankenanstalten, Kranken- /Pflegekassen, Jugendamt, Jobcenter, Finanzamt, Familienkasse).

Zur Vermeidung und Aufdeckung der rechtswidrigen Inanspruchnahme von Sozialleistungen, mit Ausnahme von Leistungen nach dem Beruflichen Rehabilitierungsgesetz, wird ein regelmäßiger Datenabgleich für alle Leistungsempfänger, auch in automatisierter Form, insbesondere mit der Datenstelle der Rentenversicherung durchgeführt (vgl. § 118 SGB XII, § 9 Abs. 5 AsylbLG).

4. Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c und Absatz 2 DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 DSGVO in Verbindung mit nachfolgenden Rechtsvorschriften verarbeitet: §§ 67 ff. SGB X in Verbindung mit dem SGB XII, SGB IX, SGB I, SGB XI, SGB XIV, WoGG, AsylbLG, LBGG.

Darüber hinaus ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn die betroffene Person ihre schriftliche Einwilligung erteilt hat.

5. Weitergabe von Daten

Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte ist nur unter sehr engen rechtlichen Voraussetzungen zulässig. Die Daten können zum Zweck der gesetzlichen Aufgabenerledigung, insbesondere im Zusammenhang mit der Prüfung Ihrer Hilfebedürftigkeit, der Hilfe- und Teilhabeplanung sowie der Bewilligung persönlicher sozialer Leistungen, an Dritte übermittelt werden. Dies erfolgt jedoch nur auf der Grundlage einer gesetzlichen Übermittlungsbefugnis (hier u. a.: § 67d – 77 SGB X) oder wenn Sie eine schriftliche Einwilligungserklärung gegeben haben.

Die Daten werden, nur soweit erforderlich, insbesondere an nachfolgende Dritte weitergegeben:

- andere Sozialleistungsträger nach den Sozialgesetzbüchern (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken- und Pflegekasse, Jugendamt, Jobcenter, Wohngeldstelle), um insbesondere die Inanspruchnahme vorrangiger Sozial- und Hilfeleistungen oder Erstattungsansprüche gegenüber anderen Stellen durchzusetzen.
- Leistungserbringer (z. B. Pflegedienste, Senioreneinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Einrichtungen für behinderte Menschen), um unter anderem bedarfsgerechte bzw. individuelle Dienstleistungen zu planen und umzusetzen.
- gesundheitsbezogene Unterstützungsdienste (z. B. Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung), um insbesondere die Hilfebedarfe festzustellen und ggf. flankierende Unterstützungsleistungen zu veranlassen.
- Gerichte und andere öffentliche Behörden (z. B. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Ausländerbehörde, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für Steuern, Bundesrechnungshof, kommunale Ämter), zum Zwecke der Korrespondenz sowie zur Geltendmachung Ihrer Rechte.
- sonstige Dritte im Rahmen der Hilfe- und Unterstützungsleistungen (**nur mit Einwilligung des Betroffenen**, z. B. Schuldnerberatung, Suchtberatung, Vermieter und Energieversorger (wenn an diesen direkt gezahlt wird). Ferner werden im Rahmen statistischer Meldepflichten pseudoanonymisierte Daten an das Landesamt für Statistik sowie an das statistische Bundesamt übermittelt.

6. Speicherdauer

Die Daten werden gelöscht, sobald sie für die Durchführung und Verwaltung des Beschäftigungs- bzw. Dienstverhältnisses nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten einer Löschung entgegenstehen. Erhalten Sie Dienstleistungen, Geld- und Sachleistungen nach den Sozialgesetzbüchern, AsylbLG, WoGG und LBGG, besteht eine Speicherfrist von **10 Jahren** nach Beendigung des Falles.

Ist eine Forderung (Rückforderung/ Erstattungsbescheid/ Darlehen) noch offen, werden die Daten gemäß den Vorschriften der Zivilprozessordnung und des Bürgerlichen Gesetzbuches **30 Jahre** lang aufbewahrt, weil erst dann die Ansprüche verjähren.

7. Betroffenenrechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu: Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Telefon: +49 511 120-4500, E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de), wenn sie der Ansicht ist, dass ihre personenbezogenen Daten rechtswidrig verarbeitet werden.

8. Widerruf der Einwilligung

Werden Daten auf der Grundlage einer Einwilligung des Betroffenen verarbeitet, kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

9. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie sind deshalb verpflichtet, die personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Sollten Sie die Daten nicht zur Verfügung stellen, müssen Sie mit einer für Sie negativen Sachentscheidung rechnen.

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 diese 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 Verdienstaufalles 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 Sachverhalts 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 beziehen,
 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 Sachverhalts mitwirken. Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts 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.