

Stadt Braunschweig Fachbereich Soziales und Gesundheit Naumburgstraße 25 38124 Braunschweig	Ausgabestelle/Ausgabedatum:  Aktenzeichen:	Eingang:
---	--	----------

**Antrag bitte vollständig ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen oder den Betrag eintragen bzw. alle Fragen mit ja, nein oder entfällt beantworten - Keine Striche! -**

**Antrag auf Sozialhilfe in Form von Hilfe zur Pflege** (außerhalb und innerhalb einer Einrichtung einschließlich Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung)

**1. Personalien des/der Antragstellers/in und ggf. weiterer Personen im Haushalt**

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> sonstige
Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Beruf		
frühere Ehenamen		
Familienstand, ggf. seit		
Kriegsbeschädigter/-hinterbliebener	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schwerbehinderten-ausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt am
Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r	Name, Anschrift, ggf. Telefon	Name, Anschrift, ggf. Telefon
Bei Heimaufnahme: Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung		
<hr/> Aufnahmedatum in der Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> stationäre Dauerpflege		
Aufenthaltort unmittelbar vor Heimaufnahme, z. B. bei Angehörigen, Krankenhaus, JVA, ohne festen Wohnsitz		
Anschrift: _____		

## 2. Wohnverhältnisse

aktuelle Anschrift,  
bzw. vor Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

als

<input type="checkbox"/> Mieter	Die Miete beträgt		
<input type="checkbox"/> Untermieter	Grundmiete	_____	€
<input type="checkbox"/> Eigentümer	Nebenkosten	_____	€
<input type="checkbox"/> Wohnrechtsinhaber/in	Heizkosten	_____	€
<input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigter	<b>Insgesamt</b>	_____	€
	Betreuungspauschale	_____	€ (Vertrag beifügen)

Bei Eigentum Nachweise der Wohnungs-/Hauslasten beifügen.

## 3. Einkünfte pro Monat in Euro – bitte Nachweise beifügen –

Art des Einkommens	Antragsteller/in	nein	2. Person	nein
	monatlicher Betrag		monatlicher Betrag	
Altersrente/Pension		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Witwen-/Witwerrente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Erwerbsminderungsrente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Werksrente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Betriebsrente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Knappschaftsrente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
VBL		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ausländische Rente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unfallrente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zusatzrente z. B. aus privater Altersvorsorge, Lebensversicherung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Grundsicherung/HLU nach SGB XII		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Erwerbseinkommen		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Einkünfte aus selbständigen Tätigkeiten		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kapitalerträge (Zinsen)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Einnahmen aus Nießbrauch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Geldwerte Ansprüche z. B. freie Beköstigung, Leibrente, Pflege, freie Unterkunft		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unterhalt		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### 3. Einkünfte pro Monat in Euro – bitte Nachweise beifügen –

	Antragsteller/in		2. Person	
	monatlicher Betrag	nein	monatlicher Betrag	nein
Leistungen der Pflegekasse/ Krankenkasse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld I (SGB III), Arbeitslosengeld II (SGB II)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kindergeld/Kindergeldzuschlag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wohngeld/Lastenzuschuss		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Landesblindengeld/Blindenhilfe		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Leistungen nach dem Lasten- ausgleichsgesetz (LAG)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Soziale Entschädigungsleis- tung nach dem SGB XIV		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist eine/sind mehrere der zuvor genannten oder andere Leis- tungen beantragt, erfolgt aber noch keine Zahlung?	Leistungsart:	<input type="checkbox"/>	Leistungsart:	<input type="checkbox"/>
sonstige Einkünfte Art:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### 4. Vermögen – bitte Nachweis beifügen –

(Soweit zutreffend bitte Geldinstitut, Versicherungsgesellschaft, Genossenschaft  
o. ä. mit Konto-/Kunden-/Vertrags-Nr. angeben bzw. „nein“ oder „entfällt“ eintragen)

Art des Vermögens	Antragsteller/in	nein	2. Person	nein
Bargeld		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bargeld bei Dritten zur Auf- bewahrung in Höhe von:	bei:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Girokonten		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sparbücher		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sparverträge		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bausparverträge		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Aktiendepots, Investment- fonds oder ähnliches		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lebensversicherungen oder Sterbeversicherungen		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bestattungsvorsorge		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Genossenschaftsanteile z. B. bei Wohnungsunterneh- men, Banken		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kautions/Mietsicherheit		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#### 4. Vermögen – bitte Nachweis beifügen –

Art des Vermögens	Antragsteller/in	nein	2. Person	nein
Wohnrecht/Nießbrauch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Grundvermögen (ggf. auch im Ausland), Eigentumswohnungen (bitte Grundbuchauszug beifügen)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Private Altersvorsorge z. B. Riester-Rente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ansprüche aus Erbschaft bzw. noch zu klärende Erbsprüche		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sonstiges Vermögen (Münzen, Briefmarken, Antiquitäten, Schmuck, Vermögen im Ausland, Kleingarten usw.)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist ein Kraftfahrzeug vorhanden?	Amtliches Kennzeichen:  Fabrikat: Baujahr: km-Stand:	<input type="checkbox"/>	Amtliches Kennzeichen:  Fabrikat: Baujahr: km-Stand:	<input type="checkbox"/>

#### 5. Kranken- und Pflegeversicherungen

	Antragsteller/in	2. Person
Ich bin <u>nicht</u> krankenversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin <u>nicht</u> pflegeversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin kranken-/pflegeversichert bei:		
Es handelt sich bei der Versicherung um eine	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten: Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten: Name, Vorname:
Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja zuständige Beihilfestelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja zuständige Beihilfestelle:
Ist bereits ein Pflegegrad festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Grad____ <input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag gestellt am _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Grad____ <input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag gestellt am _____
Wird aktuell bzw. wurde vor Heimaufnahme Pflegegeld/Pflegesachleistung bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ mtl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ mtl.

## 6. Sonstige Versicherungen – bitte Nachweise beifügen –

	Antragsteller/in	2. Person
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
zusätzliche Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
zusätzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Krankenhaustagegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Sonstige Versicherungen z. B. betriebliche Sterbe-/Sterbegeld-/Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei

## 7. Angaben zu Eltern und Kindern

(für weitere Personen bitte Zusatzblatt verwenden)

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum ggf. auch Sterbedatum				
Geburtsort				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in				
Anschrift (ggf. letzter bekannter Aufenthaltsort)				
Beruf				
Arbeitgeber				
Verfügt ein Elternteil oder eines Ihrer Kinder vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Ich habe in den letzten zehn Jahren eine Bankvollmacht oder andere Vollmacht oder Zugriffsbe-  
rechtigung über mein Einkommen/Vermögen an Dritte bzw. Familienangehörige erteilt:

Nein

Ja  an \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

und \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

für \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
(Depotkonten, Girokonten, Sparkonten etc.)

für \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

### Ich habe folgende Ansprüche gegen Dritte:

- Unterhaltsansprüche      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Forderungen aus Lieferungen      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Lohn-/Gehaltsforderungen      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Forderungen aus selbst unterhaltenem  
Gewerbe- oder Handelsbetrieb      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Forderungen aus  
Schadensersatzansprüchen      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Schmerzensgeldforderungen      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Forderungen aus Erbschaften  
(auch Pflichtteilsansprüche)      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Darlehensforderungen      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)
- Sonstige Ansprüche aus Urteil      Nein  Ja  im Wert von \_\_\_\_\_ €  
Vertrag, Urkunde, Vereinbarung etc.      gegen \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)
- Sonstige Ansprüche      Nein  Ja  gegen \_\_\_\_\_ i. H. v. \_\_\_\_\_ €  
(Name, Vorname)

### 10. Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge

Ich habe bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen

nein                       ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

vom Sozialamt in \_\_\_\_\_

## 11. Bankverbindung

Kontoinhaber/in:	_____
IBAN:	_____
BIC:	_____
Geldinstitut:	_____

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag und ggf. in den Zusatzbögen der Wahrheit entsprechen und dass ich nichts verschwiegen habe.

Ich werde sofort und unaufgefordert den Fachbereich Soziales und Gesundheit informieren, wenn sich bei mir oder meinen Haushaltsangehörigen die persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse, insbesondere die Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögensverhältnisse und Aufenthaltsverhältnisse sowie die Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit den Leistungen Erklärungen abgegeben worden sind, ändern.

Ich bin darüber informiert worden, dass falsche, unvollständige oder zu spät gemachte Angaben strafbar sind. **Einkommens-/und/oder Vermögenszuflüsse sind auch während des Sozialhilfebezuges unverzüglich mitzuteilen, da sie vorrangig zur Bedarfsdeckung einzusetzen sind.**

Mir ist bekannt, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Einrichtung mittels Durchschrift über Art und Höhe der mir gewährten Sozialhilfeleistungen informiert wird.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in  
bzw. gesetzlichen Vertreters/in)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des/der Ehegatten/in,  
Lebenspartners/in, gesetzlichen Vertreters/in)

Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen

Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft:	
_____	_____
Datum	Unterschrift SB/in