



# Landkreis Lüneburg

Der Landrat

Fachdienst Senioren und Behinderte

**Erstantrag auf Gewährung von Sozialhilfe**  
 **Folgeantrag zum 52. 16 -5036**  
Zutreffendes bitte ankreuzen

Eingang: \_\_\_\_\_

Art der Hilfe: <b>Hilfe zur Pflege / Blindenhilfe</b>		
Antragsteller (Name, Vorname, Anschrift)		Verhältnis zum Hilfesuchenden
Überweisung auf das Konto bei (BLZ)	Kontonummer	Kontoinhaber

## 1. Hilfesuchender

Name, Vorname ( <u>auch</u> frühere Familiennamen und Geburtsnamen)	Pflegestufe
Geburtsdatum, -ort	Staatsangehörigkeit
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Ortsteil, PLZ, Ort)	Telefonnummer
erlernter Beruf	jetzige Tätigkeit
Familienstand (Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	

## 2. alle Personen im Haushalt des Hilfesuchenden

Name, Vorname, ggf. <u>auch</u> Geburtsname und frühere Familiennamen	Geburtsdatum	Familienstand	Stellung im Haushalt	Staatsangehörigkeit
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				

## 3. alle Personen außerhalb des Haushaltes des Hilfesuchenden

(Eltern, Kinder, getrennt lebende Ehegatten, geschiedene Ehegatten)

Name, Vorname	Geburtsdatum /-ort	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift (Straße, Haus Nr., PLZ, Ort)
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				

### Stellungnahme der Samtgemeinde / Gemeinde / Stadtverwaltung: (nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Es besteht Haushaltsgemeinschaft mit anderen Personen:

ja       nein

Wenn ja, mit wem:

\_\_\_\_\_

Die Angaben wurden geprüft und werden als richtig bestätigt.

**4. Einkommensverhältnisse** (der unter Ziffer 1. und 2. genannten Personen)

Der Hilfesuchende und die Personen in seinem Haushalt haben folgende Einkünfte:  
(Zutreffendes ist anzukreuzen)

	Hilfesuchender	Ehegatte (sofern nicht getrennt lebend)	lfd. Buchstabe aus Ziff. 2.	lfd. Buchstabe aus Ziff. 2.
<input type="checkbox"/> kein Einkommen	monatlich	monatlich	monatlich	monatlich
<input type="checkbox"/> aus nichtselbständiger Arbeit				
<input type="checkbox"/> aus selbständiger Arbeit				
<input type="checkbox"/> Steuerrückerstattung (1/12)				
<input type="checkbox"/> Rente (gesetzliche) Art:				
<input type="checkbox"/> Zusatz-/Werksrenten				
<input type="checkbox"/> WfbM-Lohn/Arbeitsförderungsgeld				
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe				
<input type="checkbox"/> Krankengeld, Mutterschaftsgeld				
<input type="checkbox"/> BAföG/Berufsausbildungsbeihilfe				
<input type="checkbox"/> Kindergeld				
<input type="checkbox"/> Pensionen				
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe				
<input type="checkbox"/> Wohngeld				
<input type="checkbox"/> Grundsicherung				
<input type="checkbox"/> Zinsen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges				

Mit der Erzielung der Einkünfte verbundene Ausgaben:		Hilfesuchender	Ehegatte	lfd. Buchstabe aus Ziff. 2.	lfd. Buchstabe aus Ziff. 2.
Arbeitgeber (Name, Anschrift)					
Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km	<input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> _____ km
	einfache Entfernung				
Sonstige mit der Erzielung der Einkünfte verbundene Aufwendungen					

**5. Beantragte Leistungen anderer Träger oder Personen**

Folgende Leistungen sind beantragt, ohne dass bisher eine Entscheidung ergangen ist: (Zutreffendes ist anzukreuzen)

<input type="checkbox"/> keine	bei (z.B. LVA / BfA, Arbeitsamt, Krankenkasse)	Akten-, Geschäftszeichen, Kundennummer	Antragsdatum
<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe <input type="checkbox"/> Krankengeld			
<input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld <input type="checkbox"/> BAföG <input type="checkbox"/> BAB			
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss			
<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Beihilfe			

## 6. Vermögensverhältnisse (der unter Ziffer 1. und 2. genannten Personen)

### a) Grundbesitz

Grundbesitz ist vorhanden  
wenn ja, Bezeichnung

Nein  Ja  
Eigentümer

Verkehrswert angeben

Größe des Grundstücks: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Größe der Wohnfläche: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

### b) Guthaben

Guthaben ist vorhanden

Nein  Ja

	Hilfesuchender	Ehegatte (sofern nicht getrennt lebend)	lfd. Buchstabe aus Ziff. 2.	lfd. Buchstabe aus Ziff. 2.
	Kontostand zurzeit	Kontostand zurzeit	Kontostand zurzeit	Kontostand zurzeit
<input type="checkbox"/> Bargeld				
<input type="checkbox"/> Girokonto				
<input type="checkbox"/> Sparkonto				
<input type="checkbox"/> Sparkonto				
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag				
<input type="checkbox"/> Sonstiges Guthaben				

### c) Sonstiges Vermögen (z.B. Pkw, Lkw, Wertpapiere, Depots, Aktien, Kapital(Lebens)-versicherungen, sonstige Forderungen u. ä.)

Sonstiges Vermögen ist vorhanden:

Nein  Ja

wenn ja, Bezeichnung

Bestehen Ansprüche aus Altenteilsvertrag?  Nein  Ja

Der Hilfesuchende oder die Personen in seinem Haushalt ist/sind Halter/Eigentümer des/der nachfolgenden Kraftfahrzeuge/s:

Kfz- Kennzeichen	Fahrzeugtyp	Baujahr	Kilometerstand	Wert

## 7. Laufende Zahlungsverpflichtungen (Mietvertrag und Belege beifügen!)

<b>Miete</b>	Wohnfläche in m <sup>2</sup>	Vermieter (Name, Vorname, Anschrift)	Betrag monatlich
	Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Wohngeld beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wohngeldnummer:	
<b>Versicherungen (Unzutreffendes bitte streichen!)</b>	<b>Kranken-/Pflegeversicherung</b> bei		Betrag monatlich
	Versicherungsnummer:		
	Lebensversicherung bei		
	Sterbeversicherung bei		
	Haftpflichtversicherung bei		
	Hausratversicherung bei		
Sonstige:			
<b>besondere Belastungen:</b> (z.B.: Schuldverpflichtungen, Unterhaltsleistungen)			Betrag monatlich

## 8. Einkommen der Unterhaltsverpflichteten außerhalb des Haushaltes

aus Ziffer 3	Beruf	Arbeitgeber/Versicherungsträger/Einkommen ca.
zu Buchstabe		
zu Buchstabe		

## 9. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

gewöhnlicher Aufenthalt <u>vor</u> Beantragung der Hilfe	
Aufenthalt von - bis	in
Aufenthalt von - bis	in
bisheriger Kostenträger	

## 10. Sozialhilfe bereits früher erhalten nein ja

Zeitpunkt ca.	von (Angabe des Sozialhilfeträgers)
---------------	-------------------------------------

## 11. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz nein ja

Hinweis:

Ein Anspruch besteht unter anderem, wenn ein Sohn durch Ereignisse, die im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg stehen, zu Tode gekommen ist.

## 12. Hilfesuchender oder Ehegatte im Besitz eines Schwerbehindertenausweises nein ja (Kopie beifügen)

## 13. Beruht die Behinderung aufgrund eines Unfalls, Impfschadens, Gewaltverbrechens, ärztlichen Behandlungsfehlers oder anderes schädigenden Ereignis? nein ja (bitte aussagefähige Schilderung)

## 14. Begründung zum Antrag (ggf. auf gesondertem Blatt)


Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Mir ist bekannt, dass ich wissentlich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss. Ich bin davon unterrichtet, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte (auch von Angehörigen im Haushalt), Kuren usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Fachdienst Sozialhilfe beim Landkreis Lüneburg mitzuteilen habe. Ich bestätige den Empfang des Merkblattes über die „Pflichten des Sozialhilfeempfängers“. Mir ist bekannt, dass die gemachten Angaben zur Berechnung der Sozialhilfeleistungen erforderlich sind. Gegen eine teilweise Datenspeicherung habe ich deshalb keine Einwendungen. Ein Sozialhilfedatenabgleich gemäß § 118 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) findet statt.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte, den jeweiligen Amtsarzt - ggf. mit seinem nebenamtlichen Vertragsarzt - sowie ärztliche Gutachter von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Landkreis Lüneburg sowie der Einrichtung, in der der Hilfesuchende betreut werden soll. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Datum

Unterschriften

