



Eingliederungshilfe nach dem  
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

**Fragebogen für volljährige Empfänger:innen  
von Leistungen der Eingliederungshilfe nach  
dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)  
in einer besonderen Wohnform**



Aktenzeichen	Fallname
--------------	----------

**1. Angaben zur leistungsberechtigten Person**

**a) Angaben zu den persönlichen Verhältnissen der leistungsberechtigten Person**

Familiennamen	Vorname/n	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben		seit wann
Straße   Hausnummer	Ort	Postleitzahl
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	

**b) Angaben zu Ehe- oder Lebenspartner:in**

**Hinweis:** Einkünfte des/der Ehe- oder Lebenspartner:in sind lediglich zur Bestimmung von Zuschlägen nach § 136 Abs. 2-4 SGB IX bei der Berechnung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nachzufragen.

Hat der/die Ehe- oder Lebenspartner:in eigene Einkünfte? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bei „Ja“ benötigen wir folgende Informationen:		
Familiennamen	Vorname/n	Geburtsdatum
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	

Stadtverwaltung Mainz | Amt für soziale Leistungen  
Fragebogen für volljährige Empfänger:innen von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in einer besonderen Wohnform

c) Angaben zum Anbieter der besonderen Wohnform

Name der besonderen Wohnform	
Straße   Hausnummer	
Ort	Postleitzahl
Der Vertrag mit der besonderen Wohnform über Wohnraum und Betreuungsleistungen bzw. der Änderungsvertrag <input type="checkbox"/> ist beigelegt. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.	

d) Besitzt die leistungsberechtigte Person einen Schwerbehindertenausweis?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ Bitte Kopie des Ausweises beifügen.	
Grad der Behinderung	Merkzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> RF

e) Besteht eine rechtliche Betreuung bzw. Vertretungsbefugnis?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bitte Kopie der Betreuungsurkunde vorlegen	
Familienname der vertretungsberechtigten Person	Vorname/n
Straße   Hausnummer	
Ort	Postleitzahl
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)

2. Angaben zum Einkommen der leistungsberechtigten Person

a) Die leistungsberechtigte Person bezieht folgende existenzsichernde Leistungen

(Bitte Kopie des aktuellen Bescheides beifügen).

<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel des SGB XII) – weiter mit Nr. 3
<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel des SGB XII) – weiter mit Nr. 3
<input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II / Bürgergeld) – weiter mit Nr. 3
<input type="checkbox"/> Leistungen nach § 27a Bundesversorgungsgesetz (BVG) – weiter mit Nr. 3
<input type="checkbox"/> Es werden keine der oben aufgeführten Leistungen bezogen. – weiter mit Nr. 2 b

**Fragebogen für volljährige Empfänger:innen von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in einer besonderen Wohnform**

**b) Einkünfte der leistungsberechtigten Person des Vorvorjahres**

Maßgeblich sind die steuerlichen relevanten Einkünfte und die Bruttorente des Vorvorjahres.

Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres liegt noch nicht vor.

Einkommensteuerbescheid des Vorvorjahres ist beigelegt.

Rentenbescheid/e des Vorvorjahres ist/sind beigelegt.

Elektronische Lohnsteuerbescheinigung des Vorvorjahres ist beigelegt.

**c) Voraussichtliche, steuerliche Einkünfte der leistungsberechtigten Person des aktuellen Jahres (§ 135 Abs. 2 SGB IX)**

Wenn sich die Einkommenssituation gegenüber dem Vorvorjahr verändert hat, geben Sie bitte den Grund für die Veränderung an.

Bei einer erheblichen Abweichung benötigen wir Einkommensnachweise für das aktuelle Jahr, z.B. die Lohnabrechnungen der letzten 3 Monate.

Wir führen dann eine prognostische Ermittlung der voraussichtlich relevanten Einkünfte durch.

**Die erheblichen Abweichungen gegenüber dem Vorvorjahr ergeben sich wegen**

Veränderungen in der Erwerbstätigkeit oder Erwerbsfähigkeit gegenüber dem Vorvorjahr (z.B. wegen Krankheit, Eintritt der Beeinträchtigung, Arbeitslosigkeit)

Veränderungen in der persönlichen und familiären Situation (z.B. Trennung, Scheidung, Todesfall)

Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

**d) Voraussichtliche monatliche Einkünfte der leistungsberechtigten Person**

Einkunftsart	Betrag	€
Einkunftsart	Betrag	€
Einkunftsart	Betrag	€

Fragebogen für volljährige Empfänger:innen von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in einer besonderen Wohnform

3. Angaben zum Vermögen der leistungsberechtigten Person im In- und Ausland

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	
Taschengeldkonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	
	IBAN		
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	
	IBAN		
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	
	IBAN		
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	Depot-Nr.
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	
Geldanlage	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	Vertrags-Nr.
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	Vertrags-Nr.
Kapitalversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	Vertrags-Nr.
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	Vertrags-Nr.
<b>Staatl. geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente)</b>			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	Vertrags-Nr.
<b>Kraftfahrzeug, Motorrad, Kleinkraftrad, etc.</b>			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Baujahr
			Typ
			Kennzeichen
			aktueller Kilometerstand

Fragebogen für volljährige Empfänger:innen von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in einer besonderen Wohnform

Haus- und Grundbesitz im In- und Ausland (auch Miteigentum)		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art des Besitzes

Sonstiges Vermögen im In- und Ausland ggf. geschätzt		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ Art des Vermögens

**4. Angabe zur Kranken- und Pflegeversicherung der leistungsberechtigten Person**

a) Bei welcher Kranken- und Pflegeversicherung ist die leistungsberechtigte Person versichert?		
Name der Kranken- und Pflegeversicherung	KV-/PV-Nummer	
b) Hat die leistungsberechtigte Person einen Pflegegrad der Pflegekasse?		Pflegegrad
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweis des aktuellen Pflegegrades in Kopie beifügen.		

**5. Angaben zu Erbschaft und Vermächtnis der leistungsberechtigten Person**

<p>Hat die leistungsberechtigte Person innerhalb des letzten Jahres geerbt, Pflichtteilsansprüche erlangt, Erbschaften ausgeschlagen oder ein Vermächtnis erhalten?</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---

**6. Erklärung der leistungsberechtigten Person bzw. der vertretungsberechtigten Person**

Es wird versichert, dass alle Angaben im Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Dies gilt auch für Zusatzblätter und Anlagen, die diesem Fragebogen beigelegt sind.

Es ist mir bekannt, dass ich bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben mit einer strafrechtlichen Verfolgung rechnen muss, wenn der Tatbestand des Betrugs nach § 263 Strafgesetzbuch vorliegt. Zu Unrecht erlangte Leistungen sind an das Amt für soziale Leistungen zurückzuerstatten.

**Die abgegebenen Erklärungen sind richtig und vollständig. Dies wird durch die Unterschrift der leistungsberechtigten Person bzw. der vertretungsberechtigten Person bestätigt.**

Ort   Datum	Unterschrift der leistungsberechtigten Person	Unterschrift der vertretungsberechtigten Person
-------------	---	---