



Fragebogen für volljährige Empfänger:innen von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) in einer besonderen Wohnform



Aktenzeichen	Fallname	Eingangsstempel
--------------	----------	-----------------

1. Angaben zur leistungsberechtigten Person

a) Angaben zu den persönlichen Verhältnissen der leistungsberechtigten Person

Familiename	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 den persönlichen Verhältnissen Ehe- oder Lebenspartner:in

Wenn es eine:n Ehe- oder Lebenspartner:in gibt, dann füllen Sie bitte das Formular „Anlage Ehe- oder Lebenspartner:in“ aus.

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 beigefügt. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> liegt bereits vor.	

d) Wird am Mittagessen in einer WfbM/Tagesförderstätte/Tagesstätte teilgenommen?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an _____ Tag/en in der Woche (Bescheinigung der Einrichtung bitte beifügen)
--

e) 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

f) 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

a) Angaben zum Einkommen der leistungsberechtigten Person

(Bitte aktuelle Nachweise, bspw. Kopie aktueller Bescheid, beifügen).

<input type="checkbox"/> Es wird kein Einkommen erzielt		
<input type="checkbox"/> Rente / Sozialleistungen wurden beantragt am _____		
<input type="checkbox"/> Es wird folgendes Einkommen erzielt:		
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> Waisenrente
<input type="checkbox"/> Kindergeld	<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Unfallrente
<input type="checkbox"/> Unterhalt	<input type="checkbox"/> Betriebsrente	<input type="checkbox"/> Witwenrente
<input type="checkbox"/> Wohngeld	<input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> ausländische Rente
<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte (Krankengeld, Übergangsgeld o.ä.): _____		
<input type="checkbox"/> sonstige Rente: _____		
Das Kindergeld wird an die folgende Person ausgezahlt: _____		
Sind in der gesetzlichen Rente Anteile enthalten, die auf freiwilliger Grundlage erworben wurden (§ 82 Abs.5 SGB XII)?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

b) Angaben zum Einkommen Ehe- oder Lebenspartner:in

Bitte füllen Sie das Formular „Anlage Ehe- oder Lebenspartner:in“ aus.

3. Angaben zum Vermögen

a) Angaben zum Vermögen der Leistungsberechtigten Person

(Bitte aktuelle Nachweise beifügen).

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.
Staatl. geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente)			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€	Vertrags-Nr.
Kraftfahrzeug, Motorrad, Kleinkraftrad, etc.			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Baujahr
	Typ		
	Kennzeichen	aktueller Kilometerstand	

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

b) Angaben zum Vermögen Ehe- oder Lebenspartner:in im In- und Ausland

Bitte füllen Sie das Formular „Anlage Ehe- oder Lebenspartner:in“ aus.

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. Vorrangige Leistungen und Ansprüche der leistungsberechtigten Person

Machen Sie Angaben zu Unterhaltspflichtigen Angehörigen. Tragen Sie alle Personen ein, die nicht mit Ihnen in einem Haushalt leben. Bei weiteren Personen verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

Vater <input type="checkbox"/> verstorben	Mutter <input type="checkbox"/> verstorben	(volljähriges) Kind <input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder
Familiennamen	Familiennamen	Familiennamen
Vorname/n	Vorname/n	Vorname/n
Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum	Geburts-/ Sterbedatum
Straße Hausnummer	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer
Wohnort	Wohnort	Wohnort
ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf	ausgeübter Beruf

Das Jahreseinkommen liegt vermutlich über 100.000 € (brutto)

Vater	Mutter	(volljähriges) Kind
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7. Bankverbindung

Kontoinhaber:in	
Geldinstitut	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC
Ich ermächtige hiermit das o.g. Geldinstitut, überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.	

8. 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.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie unter www.mainz.de/dsgvo.

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