

Neues Aktenzeichen:

Feststellungsbogen	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem AsylbLG
Antragsteller/in (Name, Vorname)	Anschrift (Straße, Wohnort)
Art der Hilfe	

1. Personen im Haushalt		
	Hilfesuchende/r	Ehegatte / Lebensgefährte
Name		
Geburtsname		
Vorname		
Anschrift:		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Führerschein Klasse		
Familienstand (s. evtl. Pkt.2)		
seit:		

Weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft				
	3.Person	4.Person	5.Person	6.Person
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis zum HS				
evtl. Mietanteil				
Schulabschluss				
Beruf				

Weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft				
	7.Person	8.Person	9.Person	10.Person
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis zum HS				
evtl. Mietanteil				
Schulabschluss				
Beruf				

Weitere Personen im Haushalt				
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staats- angehörigkeit				
Verwandtschafts- verhältnis zum HS				
evtl. Mietanteil				

Weitere Personen im Haushalt				
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staats- angehörigkeit				
Verwandtschafts- verhältnis zum HS				
evtl. Mietanteil				

2. Unterhaltspflichtige

Geschiedene und/oder getrenntlebende Ehegatten sowie Hinterbliebene			
	Personalien des Ehegatten	Personalien früherer Ehegatten (I. Ehe)	Personalien früherer Ehegatten (II. Ehe)
Name:			
Vorname:			
Geburtsname:			
Geburtsdatum/-ort:			
Anschrift:			
Neue Anschrift:			
Tag der Eheschließung:			
Standesamt:			
Tag der Trennung:			
Tag der Scheidung:			
Ort der Scheidung:			
Gerichtsstand:			
Az. des Scheidungsurteils			
Datum des Todestages:			
Ort des Todestages:			
Unterhaltsregelung bzw. Witwenrentenansprüche siehe Blatt:			

Kinder außerhalb des Haushalts				
Name, Vorname: Geburtsname:	Geburtsdatum: Geburtsort:	Beruf:	Anschrift:	Fam.- stand:

¹ Hinweis: Rentenanspruch nach dem vorletzten Ehegatten (§ 46 Abs. 3 SGB VI) prüfen.

Nichteheliche Kinder / Kinder aus anderen Ehen / Ansprüche nach §1615 ff BGB			
Daten des Vaters/der Mutter	Kind (Pkt. 2.)	Kind (Pkt. 2.)	Kind (Pkt. 2.)
Name, Vorname:			
Anschrift:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Beruf:			
Arbeitgeber:			
Krankenkasse:			
Falls verstorben Sterbedatum:			
Besteht eine Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Az:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Az:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Az:
Bestehen Ansprüche nach § 1615 ff BGB	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Eltern/Elternteile				
	Vater des Hilfesuchenden	Mutter des Hilfesuchenden	Vater des Ehegatten	Mutter des Ehegatten
Name:				
Vorname:				
Anschrift:				
Geburtsdatum:				
Geburtsort:				
Beruf:				
Arbeitgeber:				
Falls verstorben Sterbedatum:				

3. Wohnverhältnisse			
Name und Anschrift des Vermieters			
Mieternummer:			
Kontonummer:		Telefon:	
Bezeichnung des Kreditinstitutes und BLZ			
Name des Untermieters:			
Falls HE Untermieter: Name des Hauptmieters:		Möbliert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Hauptmieter	Untermieter
Größe der Wohnung (m ² / Anzahl der Räume)		
Höhe der Unterkunftskosten		
Heizkosten (Art / Höhe)		
Betriebskosten (in den UNTKST <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)		
Warmwasser-/Kochgaskosten		
Haushaltsstrom (Höhe/Kundennummer)		
Wohngeld		
Kaution/Genossenschaftsanteile		

4. Aufenthaltsverhältnisse	
Seit wann in Essen?	
woher gekommen?	
Amtliche Anmeldung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text" value="erfolgt am"/>
Früherer Sozialhilfeträger:	
letzter gA / Anschrift	
Bei Grundsicherungsleistungen nach dem 4. Kapitel	
Der gA <input type="checkbox"/> ist in Essen <input type="checkbox"/> nicht in Essen (kein Anspruch)	

- bei vorangegangenem Anstaltsaufenthalt
- bei Ausländern/zurückkehrenden Deutschen

§ 106 SGB XII prüfen (Vordruck 5021_SGBXII_18_3)

§ 108 SGB XII prüfen (Vordruck 5021_SGBXII_18_2)

5. Einkommen und Einkommensbereinigung				
	Art des Einkommens / der Einkommensbereinigung	Betrag	Träger / Arbeitgeber bzw. Grund der Einkommensbereinigung	Aktenzeichen
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				
Person-Nr.				

6. Vermögensverhältnisse aller Personen der Bedarfsgemeinschaft

Vermögen, z.B. Bargeld, Sparguthaben, Bausparverträge, Wertpapiere, ausstehende Forderungen, Kunstgegenstände und/oder Sammlungen, Kfz (amtliches Kennzeichen) 1), Grundbesitz 2) ist vorhanden oder wurde innerhalb der letzten 10 Jahre übertragen oder verschenkt:

	Vermögensart	Wert	Geschützt	Falls geschützt: Begründung
Person-Nr.:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Person-Nr.:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Person-Nr.:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

1) bei Kfz ist der Vordruck 50-1305-1 ausfüllen.

2) bei Grundbesitz ist der Vordruck 5021_SGBXII_82_7 (Vermietung und Verpachtung) auszufüllen.

Bei Besitz eines Kfz im Rahmen der Vermögensfreigrenzen ist die Finanzierung wie folgt nachgewiesen:

7. Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse				
	Hilfesuchende(r)			Ehegatte
Schulabschluss / -besuch				
abgeschlossene Ausbildung				
Zur Zeit oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
Arbeitgeber bzw. Schule				
Seit wann erstmals in Arbeit ?				
	Frühere Tätigkeiten;			
Zeitraum:				
Arbeitgeber:				
Tätigkeit:				
Zeitraum:				
Arbeitgeber:				
Tätigkeit:				

κ Pkt. 7 Rentenversicherungsverhältnisse siehe Vordruck Nr. 50-0130-52 Blatt

κ Pkt. 8 Krankheit(en) des Hilfesuchenden/Krankenversicherungsverhältnisse

8. Krankenversicherung des / der			
<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung			
bei			
seit:		Mitgliedsnummer:	
Rechtsgrund:			
Mtl. Beitrag:		Aussteuerungsdatum:	
Familienversichert durch:			
Besonderheiten zur Versicherung:			
letzte KV bei:			
Grund des Ausscheidens			
Erkrankung innerhalb eines Monats danach			
Besonderheiten			
Vorversicherungszeiten nach § 192 SGB V			

Bei Unfällen (Betriebs-, Verkehrs-, Haus- oder sonstigen Unfällen), Schlägereien, Schädigungen durch Dritte usw. ist ein Unfallfragebogen aufzunehmen.

Bei erforderlichem Antrag auf freiwillige Weiterversicherung – Antragsformular (Vordruck 5021_SGBXII_32_5) vom HE unterschreiben lassen und an die zuständige Krankenkasse senden.

8.1 Mitgliedsstatus in einer gesetzlichen Krankenkasse (§ 264 SGB V)

bei

Im LÄMMkom-Verfahren erfasst am:	
Mitgliedsnummer:	
Abgemeldet am:	
Abmeldung im LÄMMkom-Verfahren erfasst am:	
Krankenversichertenkarte angefordert am:	
Krankenversichertenkarte(n) der Krankenkasse zurückgesandt am:	

Besteht eine Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes?

Name, Vorname, Anschrift, Nachweis der Bestallung

--

9. Erkrankung bzw. Schwerbehinderung

Name, Vorname		
Krankheitsbezeichnung:		
Seit wann krank ?		
Nummer des Schwerbehindertenausweises		
eingetragenes Merkmal:		
Grad der Behinderung in %		
Ausstellendes Versorgungsamt:		

10. sonstige Versicherungen

Art der Versicherung				
Abgeschlossen bei:				
Abgeschlossen am:				
Versicherungsnummer:				
Versicherungssumme:				
Fälligkeit :				
Beitrag <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich oder				
<input type="checkbox"/> Beitragsfrei (ab) ?				
Zahlbar bis:				
Mitversichert sind:				
Bei Fälligkeit ist die Versicherungssumme zu zahlen an:				

11. Sonstige Ansprüche und ggfls. mögliche Erstattungsansprüche

Im Gespräch mit dem Hilfesuchenden wurde festgestellt, dass für ihn und/oder für seine im Haushalt lebenden Angehörigen folgende Ansprüche evtl. bestehen:

Rechtsgrundlage/Anspruchsgrund	genaue Bezeichnung	siehe Blatt:
<input type="checkbox"/> 1. Lastenausgleich:	<input type="checkbox"/> 1 Verfolgte aus der Zeit 1933 - 1945 <input type="checkbox"/> 2 Sonstiges	
<input type="checkbox"/> 2. Sozialversicherung	<input type="checkbox"/> 1 Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> 2 Arbeitslosenhilfe <input type="checkbox"/> 3 Unterhaltsgeld <input type="checkbox"/> 4 Versicherten-/Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> 5 Sonstige Rente (auch Werksrente) <input type="checkbox"/> 6 Sonstiges	
<input type="checkbox"/> 3. Bundesversorgungsgesetz		
<input type="checkbox"/> 4. Unfall	<input type="checkbox"/> Schädiger:	
<input type="checkbox"/> 5. Krankheit	<input type="checkbox"/> 1 Krankengeld <input type="checkbox"/> 2 Pflegegeld gem. SGB (V) <input type="checkbox"/> 3 Sonstiges	
<input type="checkbox"/> 6. Sonstige Rechtsansprüche <u>Bitte hier prüfen, ob bei Rückkehrern aus dem Arbeitslosengeld II eine freiwillige Weiterversicherung bei einer Krankenkasse beantragt werden kann.</u>	<input type="checkbox"/> 1 Berufsausbildungsbeihilfe <input type="checkbox"/> 2 Berufsbildungshilfe <input type="checkbox"/> 3 Unterhaltsbeihilfe <input type="checkbox"/> 4 Ausbildungsförderung (Bafög) <input type="checkbox"/> 5 Kindergeld <input type="checkbox"/> 6 Erziehungsgeld <input type="checkbox"/> 7 Unterhaltsvorschuss <input type="checkbox"/> 8 Wohngeld <input type="checkbox"/> 9 Härteausgleich <input type="checkbox"/> 10 Rechtsanwalt bezügl. Unterhalt <input type="checkbox"/> 11 Sonstiges	
Folgende Anträge wurden hierzu gestellt:		
	Am	
	Am	
	Am	

Die Infoblätter
wurden ausgehändigt

Haushaltsenergie und

Einwilligung Datenverarbeitung

Ergänzende Angaben zu den obigen Punkten 1 - 11

12. Ausländerrechtlicher Status		
	Haushaltungsvorstand	Ehegatte
Status:	<input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Kontingentflüchtling <input type="checkbox"/> sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Kontingentflüchtling <input type="checkbox"/> sonstiger Ausländer
Asylantrag/-folgeantrag gestellt am:		
in:		
Zuweisung nach: (Bundesland/Gemeinde)		
am:		
Aufenthaltsgestattung erteilt durch:		
am:		
befristet bis:		
rechtskräftige Entscheidung erfolgt am		
Rücknahme Asylantrag am		
Folgestatus		
Kontingentflüchtlinge:		
Aufnahme am:		
Sonstiger Ausländer (auch Asylberechtigte und/oder besondere Statusarten):		
Aufenthaltsgenehmigung/Touristenvisum		
erteilt durch:		
befristet bis:		
Besondere Bemerkungen: (bei Aufenthaltsbefugnis: Bundesland und Gemeinde in der die erste Befugnis erteilt wurde (§ 120 Abs.5 BSHG))		
Angaben zur Ausländerbehörde (St.A. 33)		
Aktenzeichen		
Sachbearbeiter/-in		
Nebenanschluss/Telefon		

Status der Kinder (sofern vom Status der Eltern abweichend)					
Name, Vorname	Status	Bl.	Name, Vorname	Status	Bl.

13.Begründung der Hilfebedürftigkeit

- Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich umgehend einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung bei der Krankenkasse stellen muss, da mir ansonsten das Recht auf eine freiwillige Mitgliedschaft verloren geht.

14. Schlusserklärung

Ich/Wir versichere(n), dass die von mir/uns gemachten Angaben, insbesondere über meine/unsere Einkommens-, Vermögens- und persönlichen Verhältnisse richtig und vollständig sind.

Mein Ehegatte und ich bevollmächtigen uns gegenseitig, die dem anderen Ehegatten und meinen/unseren Kindern bewilligte Leistungen in Empfang zu nehmen.

Jede Veränderung in meinen/unseren Einkommens-, persönlichen, Vermögens- und Familienverhältnissen (auch die der Kinder), die Aufnahme einer Arbeit (auch vorübergehender Art), jede Krankenhausaufnahme (auch von kurzer Dauer) sowie die Beantragung bzw. Bewilligung von Renten oder sonstiger Leistungen werde(n) ich/wir stets sofort und unaufgefordert dem Amt für Soziales und Wohnen mitteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch Unterlassung oder durch falsche oder unvollständige Darstellung meiner/unserer Lage strafbar mache(n) und die dadurch unberechtigt erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Darüber hinaus bin ich/sind wir darauf hingewiesen worden, dass die Sozialhilfe zu ersetzen ist, soweit die gesetzlichen Bestimmungen das vorsehen.

Andere Behörden ermächtige(n) ich/wir zur Auskunftserteilung über meine/unsere Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Falls ich/wir auf Veranlassung des Amtes für Soziales und Wohnen durch das Gesundheitsamt oder andere Stellen und Ärzte untersucht werde(n), entbinde(n) ich/wir diese von der Schweigepflicht.

Ich bin/Wir sind darüber unterrichtet worden, dass die Sozialhilfegewährung und meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse unter Umständen den unterhaltspflichtigen Personen wegen Heranziehung zum Unterhalt bekannt gegeben und die Unterhaltspflichtigen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit evtl. zum Unterhalt herangezogen werden müssen.

Ich/Wir habe(n) hiergegen nichts bzw. Folgendes einzuwenden:

Ich bin/Wir sind davon unterrichtet worden, dass das Erfassen, Speichern und Veränderung der nach meinen Angaben erhobenen personenbezogenen Daten nach § 118 Sozialgesetzbuch 12. Teil (SGB XII), § 79 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch in Verbindung mit § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zulässig ist. Außerdem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass zwischen dem Amt für Soziales und Wohnen und dem Rechts- und Versicherungsamt zur Prüfung bestehender bzw. zukünftig entstehender Rentenansprüche sowie für interne statistische Zwecke notwendige Daten ausgetauscht werden können. Eine Durchschrift dieser Erklärung wurde mir/uns heute ausgehändigt.

Datum:

Tag der ersten Vorsprache:

v.g.u.

Unterschrift (Hilfesuchende(r))

Unterschrift (Ehegatte/Partner(in))

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

g.w.o.

Name:

Unterschrift Sachbearbeiter(in)

Telefon:

14. Schlusserklärung

Ich/Wir versichere(n), dass die von mir/uns gemachten Angaben, insbesondere über meine/unsere Einkommens-, Vermögens- und persönlichen Verhältnisse richtig und vollständig sind.

Mein Ehegatte und ich bevollmächtigen uns gegenseitig, die dem anderen Ehegatten und meinen/unsere Kindern bewilligte Leistungen in Empfang zu nehmen.

Jede Veränderung in meinen/unsere Einkommens-, persönlichen, Vermögens- und Familienverhältnissen (auch die der Kinder), die Aufnahme einer Arbeit (auch vorübergehender Art), jede Krankenhausaufnahme (auch von kurzer Dauer) sowie die Beantragung bzw. Bewilligung von Renten oder sonstiger Leistungen werde(n) ich/wir stets sofort und unaufgefordert dem Amt für Soziales und Wohnen mitteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch Unterlassung oder durch falsche oder unvollständige Darstellung meiner/unsere Lage strafbar mache(n) und die dadurch unberechtigt erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Darüber hinaus bin ich/sind wir darauf hingewiesen worden, dass die Sozialhilfe zu ersetzen ist, soweit die gesetzlichen Bestimmungen das vorsehen.

Andere Behörden ermächtige(n) ich/wir zur Auskunftserteilung über meine/unsere Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Falls ich/wir auf Veranlassung des Amtes für Soziales und Wohnen durch das Gesundheitsamt oder andere Stellen und Ärzte untersucht werde(n), entbinde(n) ich/wir diese von der Schweigepflicht.

Ich bin/Wir sind darüber unterrichtet worden, dass die Sozialhilfegewährung und meine/unsere wirtschaftlichen Verhältnisse unter Umständen den unterhaltspflichtigen Personen wegen Heranziehung zum Unterhalt bekannt gegeben und die Unterhaltspflichtigen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit evtl. zum Unterhalt herangezogen werden müssen.

Ich/Wir habe(n) hiergegen nichts bzw. Folgendes einzuwenden:

Ich bin/Wir sind davon unterrichtet worden, dass das Erfassen, Speichern und Veränderung der nach meinen Angaben erhobenen personenbezogenen Daten nach § 118 Sozialgesetzbuch 12. Teil (SGB XII), § 79 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch in Verbindung mit § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zulässig ist. Außerdem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass zwischen dem Amt für Soziales und Wohnen und dem Rechts- und Versicherungsamt zur Prüfung bestehender bzw. zukünftig entstehender Rentenansprüche sowie für interne statistische Zwecke notwendige Daten ausgetauscht werden können. Eine Durchschrift dieser Erklärung wurde mir/uns heute ausgehändigt.

Datum:

Tag der ersten Vorsprache:

v.g.u.

Unterschrift (Hilfesuchende(r))

Unterschrift (Ehegatte/Partner(in))

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

ausgewiesen durch:

ausgewiesen durch:

g.w.o.

Name:

Unterschrift Sachbearbeiter(in)

Telefon: