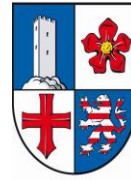


Überprüfungsbogen für Leistungen der

- Hilfen zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)
- Hilfen zur Gesundheit (Fünftes Kapitel SGB XII)



KREIS BERGSTRASSE
DER KREISAUSSCHUSS

Kreis Bergstraße
Der Kreisausschuss
Soziales
Graben 15
64646 Heppenheim

Hinweis: Bitte keine Originale einreichen.

Die Weiterbewilligung der Leistung soll ab _____ erfolgen

Bisheriges Aktenzeichen
(wichtig, bitte angeben, da sonst eine Zuordnung schwierig ist): _____

	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
Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb <input type="checkbox"/> gesch. seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb <input type="checkbox"/> gesch. seit
Staatsangehörigkeit		
Steuernummer (Steuer-ID)		
Ausländer: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Duldung seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbewilligung seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbefugnis seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsberechtigung seit _____	<input type="checkbox"/> Duldung seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbewilligung seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbefugnis seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis seit _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsberechtigung seit _____
aufenthaltsrechtlicher Status		
Wurde seit dem letzten Überprüfungsbogen ein Betreuungsverhältnis gerichtlich angeordnet oder hat die gesetzliche Betreuung gewechselt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte Ausweis der gesetzlichen Betreuung beifügen! Name u. Anschrift der o. g. Betreuung: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte Ausweis der gesetzlichen Betreuung beifügen! Name u. Anschrift der o. g. Betreuung: _____
Wohnung	Baujahr des Hauses: _____	
Wohnung (PLZ, Ort)		
Strasse, Hausnummer		
Telefon-Nr.		
Wohnen weitere Personen in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, Name:	
Haushaltssituation des Hilfesuchenden	<input type="checkbox"/> eigener Haushalt <input type="checkbox"/> im Haushalt der Eltern <input type="checkbox"/> bei Verwandten / Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> voll- / teilstationäre Unterbringung	
Kaltmiete	EUR	
Nebenkosten	EUR	
Heizkosten	EUR	
Bitte fügen Sie die letzte Nebenkostenabrechnung in Kopie bei!		
Einkommen		
Beziehen Sie Geldleistungen aus dem Ausland?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , falls ja, in welcher Höhe _____		

Hat sich an Ihrer Einkommens-Situation in den letzten 12 Monaten eine Änderung ergeben?
 nein ja , falls ja, ab welchem Zeitraum: _____

Falls ja, begründen Sie die Änderung und fügen Sie einen aktuellen Einkommensnachweis in Kopie bei.
Begründung: _____

Vermögen

Hat sich an Ihrer Vermögenssituation in den letzten 12 Monaten eine Änderung ergeben?
 nein ja , falls ja ab welchem Zeitraum : _____

Falls ja, begründen Sie die Änderung und fügen Sie einen aktuellen Vermögensnachweis bei.
Begründung:

Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse sind Sie Mitglied?

Haben sich Änderungen ergeben?
 nein ja falls ja, welche _____
 nein ja falls ja, welche _____

Mehrbedarf

Schwerbehindertenausweis?
 (Ggf. Kopie des Ausweises beifügen!)
 nein ja, gültig bis _____
 beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG? ja nein
 nein ja, gültig bis _____
 beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?
 (ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen)
 nein ja, Schwangerschaftswoche: _____
 nein ja, Schwangerschaftswoche: _____

Sind sie allein erziehend?
 nein ja, Bitte Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben!

Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?
 (z.B. dialysepflichtige Niereninsuffizienz, Zöliakie/Sprue oder eine besonders schwerwiegende Erkrankung)
 nein ja, falls ja bitte gesonderten Antrag beifügen
 nein ja, falls ja bitte gesonderten Antrag beifügen

Unterhalt

Verfügen Ihre Eltern oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?
 Beruf
 nein ja, falls ja geben Sie bitte Namen und Adresse auf einem gesonderten Blatt an)
 nein ja , falls ja geben Sie bitte Namen und Adresse auf einem gesonderten Blatt an

Belehrung:
 Ich versichere, dass die im Überprüfungsbogen und in den Anlagen gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Insbesondere bestätigte ich, dass die zu meinem Haushalt rechnenden Familienmitglieder und andere Personen keine weiteren Einnahmen als die angegebenen haben, auch nicht aus gelegentlicher Tätigkeit. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei falschen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.
Komme ich meinen Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung des Folgebescheides und dessen Anlagen nach § 60 SGB I nicht nach, kann dies zur Ablehnung der Leistung führen (§ 66 SGB I)
 Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB 1) bin ich verpflichtet, diejenigen Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.
 Wenn und solange ich Leistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse

(Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergehen und/oder Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld I und II, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit sofort anzeigen.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden. Die Übermittlung von Sozialdaten ist nach § 69 Abs. 5 und § 67c Abs. 3 S. 1 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X) ferner zulässig für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Rechnungshöfe und wenn sie für die Wahrnehmung von Aufsichts-, Kontroll- und Disziplinarbefugnissen, der Rechnungsprüfung oder der Durchführung von Organisationsuntersuchungen für die zu speichernde Stelle erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass gemäß § 93 Abs. 8 Abgabeanordnung (AO) die Behörde die Möglichkeit hat, das Bundeszentralamt für Steuern zu ersuchen, bei den Kreditinstituten die in § 93 Abs. 1 AO bezeichneten Daten abzurufen, soweit dies zur Überprüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich ist und ein vorheriges Auskunftersuchen an den Betroffenen nicht zum Ziel geführt hat oder keinen Erfolg verspricht.

Bankverbindung

Name des Kontoinhabers:

IBAN:

BIC:

D	E												

Gleichzeitig ermächtige ich das Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen werden, überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers zurück zu überweisen. Dies gilt mit Wirkung auch für meine Erben und etwaige Verfügungsberechtigte.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Sachbearbeitung die Daten aus den Antragsunterlagen elektronisch gespeichert, und ausschließlich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialverwaltung zur Bearbeitung von Anträgen auf Sozialleistungen gemäß § 69 Abs. 1 SGB X verwendet werden. Dadurch wird eine Zuordnung meines Falles an die zuständigen Sachbearbeiter/Innen ermöglicht und ein evtl. Doppelbezug von Hilfe vermieden.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin /Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen. ja nein

Datum	Unterschrift	Unterschrift

<p>Aufgenommen von (Name des Sachbearbeiters)</p> <p>Datum</p>

Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit allen Belegen versehen sein. Ein nicht vollständig ausgefüllter Vordruck bzw. ein mit Hinweisen wie z.B. „liegt vor“, „ist bekannt“, „unverändert“ oder „siehe beigefügter Unterlagen“ versehener Vordruck ist nicht zulässig und verzögert nur die Bearbeitung.

Mitwirkungspflichten

Sozialgesetzbuch Erstes Buch Dritter Teil

§ 60

Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61

Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62

Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlich oder psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 65

Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlung und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65 a
Aufwendungsersatz

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66
Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67
Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.