

Hinweis:

Um sachgerecht über die Weitergewährung von Leistungen nach dem SGB XII für ein weiteres Jahr entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, diesen Überprüfungsbogen sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf dieser Seite unten zu bestätigen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht oder nicht vollständig nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Eingangsvermerke

Aktenzeichen

Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Weitergewährung von Leistungen

nach dem 3. Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt)

nach dem 4. Kapitel SGB XII (Grundsicherung im Alter bei Erwerbsminderung)

nach dem 7. Kapitel SGB XII (Hilfe zur Pflege)

ab

BUS

| Angaben zu den persönlichen Verhältnissen | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| | 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, auch Geburtsname, Vorname | | |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben seit _____ | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben seit _____ |
| Zahl der Personen in Ihrer Wohnung | | |
| Unterkunfts- und Heizkosten (bitte aktuelle Abrechnungen beifügen) | | |
| Rente (bitte Nachweise beifügen) | | |
| Einkommen (bitte Nachweise beifügen) | | |
| Vermögen (bitte Nachweise beifügen) | | |
| Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> In Besitz seit _____ <input type="checkbox"/> beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> In Besitz seit _____ <input type="checkbox"/> beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| Mehrbedarf kostenaufwändige Ernährung (bitte Nachweise beifügen) | | |
| Betreuer(in) | | |
| Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus) seit meinem letzten Antrag | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zeitraum und Einrichtung angeben! |
| Gegenüber meinem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen! |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Erklärung

Den vorstehenden Überprüfungsbogen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Person habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde. Ansonsten hat die zweite Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Überprüfungsbogen oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Leistungen nach dem SGB XII 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 vertretenen Personen.

Ich habe Kenntnis davon, dass Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen erhalten. Geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer werde ich daher vor der Abfahrt schriftlich anzeigen.

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

Antragsteller(in) 1

| |
|--------------|
| Unterschrift |
|--------------|

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

Antragsteller(in) 2

| |
|--------------|
| Unterschrift |
|--------------|