

# Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)



## für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige bis zur Vollendung der Schulausbildung (stationär)

**Bezirk Schwaben**  
 Sozialverwaltung  
 Hafnerberg 10  
 86152 Augsburg

Eingangsstempel:

Aktennummer

### Sozialhilfeantrag für

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

<b>Name des Anbieters / Einrichtung</b>	
<b>Ort</b>	
<b>Leistungen werden beantragt ab</b>	

### 1. Persönliche Verhältnisse der nachfragenden Person (Schüler)

#### 1.1 Allgemeine Angaben

Name (ggf. auch Geburtsname)	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
PLZ, Wohnort	
Straße, Nr.	
Staatsangehörigkeit (bei Nicht-EU-Bürgern Aufenthaltsstatus beifügen)	
Telefon	

#### 1.2. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person (Kind/Schüler)

Derzeitiger Aufenthaltsort	
Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate (nicht polizeiliche Meldung)	
Bei Einreise aus dem Ausland Tag und Ort des Grenzübertrittes	

<b>Bei Einrichtungswechsel:</b>	
Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung / die Aufnahme in eine Pflegefamilie?	
Aufenthaltort während der letzten 2 Monate vor Aufnahme in die erste Einrichtung?	
Wer war bisheriger Kostenträger?	

### 1.3. Kranken- und Pflegeversicherung der nachfragenden Person (Kind/Schüler)

Name der Kranken- / Pflegekasse Anschrift (Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort)					
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung				
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über:				
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung	Beitrag monatlich:		EUR	
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	Beitrag monatlich:		EUR	
KV-Nummer					
Wenn derzeit nicht krankenversichert, Angaben zur letzten Mitgliedschaft:	Letzte Krankenkasse:				
	vom		bis		
Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> beantragt am				
	<input type="checkbox"/> abgelehnt am				
Festgestellter Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### 1.4. Angaben zur Behinderung (bitte Nachweise, z.B. Befundberichte von Fachärzten, Kliniken etc.)

Dauernde Behinderung / Krankheit besteht (Diagnose/n)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt

### 1.5 Anderweitige Ansprüche

Die Behinderung ist Folge eines	- Unfalles	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Impfschadens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- eines Geburts- bzw. Medizinschadens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden bereits Ansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(falls ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

### 2. Leibliche Eltern

	Vater	Mutter
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Ggf. Sterbedatum		
Familienstand		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Telefon		
Sorgeberechtigung (ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigenes Einkommen Wenn ja - weitere Angaben bei Ziffer 5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Ggf. Pflegeeltern		
	Vater	Mutter
Name		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Telefon		
Sorgeberechtigung/Bevollmächtigung (ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zuständiges Jugendamt	<b>Telefon Ansprechpartner</b>	

4. Betreuung/Bevollmächtigung/Vormundschaft	
Betreuung/Bevollmächtigung/Vormundschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten	
<b>Nachweise</b>	Bitte <b>Kopie des Betreuerausweises</b> bzw. <b>Beschluss</b> beifügen. Für die bevollmächtigte(n) Person(en) (z.B. Leistungsanbieter, Angehörige) bitten wir entsprechende <b>Vollmachten</b> beizufügen.

5. nur bei Minderjährigen notwendig: Weitere Personen <u>innerhalb</u> des Haushalts der nachfragenden Person (z.B. Geschwister) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hinweis	Angaben zu weiteren Personen bitten wir auf einem Beiblatt zu vermerken.	
	1. Person	2. Person
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand		
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art und mtl. Höhe		
<b>Nachweise</b>	Sämtliche <b>Einkommen</b> sind mit Nachweisen zu belegen.	
	3. Person	4. Person
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand		
Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art und mtl. Höhe		
<b>Nachweise</b>	Sämtliche <b>Einkommen</b> sind mit Nachweisen zu belegen.	

6. Einkommensverhältnisse			
6.1 Monatlichen Einkünfte			
Art des monatlichen Einkommens	der nachfragenden Person (Kind/Schüler) EUR	Vater EUR	Mutter EUR
1.) Arbeitnehmertätigkeit			
2.) Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit			
3.) Land- und Forstwirtschaft			
4.) Kindergeld/Kinderzuschlag			
5.) Krankengeld			
6.) Mutterschaftsgeld			
7.) Elterngeld			
8.) Betreuungsgeld			
9.) Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit)			
10.) Arbeitslosengeld II (SGB II)			
11.) Übergangsgeld			
12.) Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung (SGB XII)			
13.) Wohngeld/Lastenzuschuss			
14.) Renten (z.B. Erwerbsminderungsrente, Altersrente,			
15.) Pension / Hinterbliebenenversorgung			
16.) Miet- und Pachteinnahmen			
17.) Kapitalertrag / Zins			
18.) Leistungen der Pflegekasse			
19.) Unterhaltszahlungen			
20.) Unterhaltsvorschuss Jugendamt (UVG)			
21.) BAföG			
22.) Berufsausbildungsbeihilfe			
23.) Ausbildungsgeld (SGB III)			
24.) Ausbildungsvergütung			
25.) Landesblindengeld			
26.) sonstige Einkünfte			
<b>Nachweise</b>	Sämtliche <b>Einkünfte</b> sind mit <b>Nachweisen</b> (z.B. Gehaltsabrechnungen, Bescheide) zu belegen.		

6.2. Sonstige Angaben der nachfragenden Person (Kind/Schüler)	
Beihilfeanspruch des Antragstellers, seines Ehegatten oder seiner Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits früher Sozialleistungen beantragt bzw. wurden diese abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt
<b>Nachweis</b>	<b>Ablehnungsbescheid(e)</b> bitte in Kopie beifügen!
Wenn ja, welche Leistungen?	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II
	<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Krankengeld
Kostenträger	

6.3. Beiträge zu privaten Versicherungen						
	der nachfragenden Person (Kind/Schüler)		Vater		Mutter	
	Beitrag	EUR	Beitrag	EUR	Beitrag	EUR
<input type="checkbox"/> Privat-Haftpflichtversicherung						
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung						
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung						
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung						
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung						
<input type="checkbox"/> Altersvorsorgeverträge (z.B. Riestervertrag)						
<input type="checkbox"/>						
<b>Nachweise</b>	<b>Nachweis</b> über die <b>aktuelle Höhe</b> der monatlichen <b>Beitragszahlung</b> für die zutreffende Versicherung bitte in Kopie beifügen!					

6.4 Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens der Eltern		
Entfernungskilometer zur Arbeitsstelle (einfache Wegstrecke)	km	km
Benutztes Verkehrsmittel		
Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel	EUR	EUR
sonstige Aufwendungen	EUR	EUR
Beiträge zu Berufsverbänden	EUR	EUR

6.5 Besondere Belastungen (z.B. Unterhaltszahlungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige)		
	EUR	EUR
	EUR	EUR

7. Kosten der Unterkunft der nachfragenden Person (Kind/Schüler) und der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen				
Wohnform	<input type="checkbox"/> Mietwohnung	<input type="checkbox"/> Untermieter	<input type="checkbox"/> freies Wohnrecht	<input type="checkbox"/> selbstbewohnte Immobilie
Wohngeld/Lastzuschuss	<input type="checkbox"/> beantragt am			
	<input type="checkbox"/> bewilligt in Höhe von mtl.	EUR	bis einschließlich	
bei(m)				

7.1 Mietwohnung		
Wohnfläche	m <sup>2</sup>	
Miete mtl.	EUR	(ohne Heizung oder Zuschläge für Garagen, Stellplätze, Möblierung, Untervermietung, etc.)
Nebenkosten mtl.	EUR	(z.B. Wasser, Abwasser, Müll, Gemeinschaftsstrom)
Heizungskosten	EUR	
<b>Nachweise</b>	<b>Mietvertrag, Mietanpassungsschreiben</b> und letzte <b>Nebenkostenabrechnung</b> in Kopie beifügen!	

7.2 Selbstbewohnte Immobilie					
<input type="checkbox"/> Heizkosten	mtl.	EUR	<input type="checkbox"/> Erdgas	<input type="checkbox"/> Heizöl	<input type="checkbox"/> Fernwärme
			<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Holz / Kohle	
<input type="checkbox"/> Wasser-/Abwassergebühren	mtl.	EUR			
<input type="checkbox"/> Müllgebühren	mtl.	EUR			
<input type="checkbox"/> Kaminkehrer	mtl.	EUR			
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	mtl.	EUR			
<input type="checkbox"/> Straßenreinigung	mtl.	EUR			
<input type="checkbox"/> Brandversicherung	mtl.	EUR			
<input type="checkbox"/> Gebäudeversicherung	mtl.	EUR			

<input type="checkbox"/> Hausgeld	mtl. EUR	davon anteilige Rücklage	mtl. EUR
<input type="checkbox"/> Tilgung	mtl. EUR	Zins	mtl. EUR
<b>Nachweise</b>	Bitte fügen Sie für sämtliche <b>anfallenden Kosten</b> die entsprechenden Nachweise bei (u.a. Gebühren- und Beitragsbescheide, Beitragsabrechnung d. Versicherung, Wirtschaftsplan, Wohngeldabrechnung); bei Untervermietung auch die entsprechenden Mietverträge.		

<b>Anmerkungen</b>

<b>Erklärung der nachfragenden Person / des gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreters</b>
---

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, sämtliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger die über mein o.g. Kind bei Einrichtungen (Schule, heilpädagogische Tagesstätten, Heime etc.), Krankenhäusern bzw. Kliniken geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Sonderpädagogische Gutachten etc.) anfordern darf. Des Weiteren willige ich ein, dass von Ärzten, die mein o.g. Kind behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die ärztlichen Daten, die dem Sozialhilfeträger bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche Aufgaben (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ihre ärztlichen Dienste sowie einem vom Sozialhilfeträger beauftragten Gutachter übermittelt werden dürfen.

Zur Durchführung einer Teilhabekonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabekonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabekonferenzplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabekonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).

<b>Hinweise</b>
-----------------

Bei Vorlage von Kontoauszügen können der Verwendungszweck sowie der Adressat von Ausgabebuchungen durch Schwärzen unkenntlich gemacht werden, sofern es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über rassische und ethnische Herkunft, politischen Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person. Je nach Besonderheit des Einzelfalles kann jedoch nachträglich eine Offenlegung der unkenntlich gemachten Daten verlangt werden.

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird. Bereits beglichene Heimkosten für diese Zeiträume können nicht übernommen werden.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X).

Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Der Bezirk Schwaben ist zur Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der geforderten Daten und Auskünfte im Rahmen der Bestimmungen der Art. 15 Abs. 1 und Art. 16 Bayerisches Datenschutzgesetz (BayDSG) in Verbindung mit §§ 67 ff SGB X berechtigt. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden (§ 66 SGB I).

**Hinweis gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Schwaben  
 Hafnerberg 10  
 86152 Augsburg  
 Telefon 0821 3101-0  
 E-Mail: [poststelle@bezirk-schwaben.de](mailto:poststelle@bezirk-schwaben.de)

Die von Ihnen nach § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1e), Abs. 2 und 3 DSGVO. Ihre Daten können vom Bezirk Schwaben im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung an Dritte übermittelt werden (§§ 67 d ff. SGB X), z. B. an den Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechenden Stellen in anderen EU-Ländern. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII). Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:  
 Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen ggf. ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Schwaben, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Schwaben erreichen Sie unter der Telefonnummer 0821 3101351 oder über die E-Mail-Adresse: [Datenschutz@bezirk-schwaben.de](mailto:Datenschutz@bezirk-schwaben.de)

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz.

PLZ, Ort	Datum	Unterschrift
		_____
		nachfragende Person Kind/Schüler (nur bei Volljährigkeit)
		_____
		<b>beide</b> Elternteile (bei Minderjährigen), gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigte/r