

**Bezirk Mittelfranken**  
**-Sozialreferat-**  
 Danziger Str. 5  
 91522 Ansbach

Eingangsstempel Bezirk Mittelfranken

Gewünschte Hilfe: \_\_\_\_\_  
 Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Ab wann: \_\_\_\_\_  
 Begründung (bei stationärer Hilfe, warum ambulante od. teilstationäre Hilfe nicht ausreichend ist): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Unzutreffendes ist zu streichen!**

<b>1. Persönliche Verhältnisse</b>	a) der nachfragenden Person	b) des Ehegatten (auch wenn verstorben geschieden oder getrennt lebend) bzw. des Lebenspartners und bei <b>minderjährigen</b> nachfr. Personen der Eltern	
<b>Name (ggf. Geburtsname)</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>	geb. am		
	in		
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <b>seit</b>		
<b>Staatsangehörigkeit/ausländerrechtl. Status</b>			
<b>In Deutschland lebend seit Geburt</b>	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein
<b>falls nein, Jahr des Zuzugs</b>			
<b>PLZ, Wohnort</b>			
<b>Straße, Nr.</b>			
<b>Telefon</b>			
<b>Beruf</b>			
<b>Arbeitgeber</b>			
<b>zuletzt krankenversichert bei Mitgliedsnr.:</b>	vom      bis	vom      bis	vom bis
<b>zuletzt rentenversichert bei Sozialvers.Nr.:</b>	vom      bis	vom      bis	vom bis

**2. Sonstige Personen, mit denen die nachfragende Person noch in Haushaltsgemeinschaft (auch Lebensgefährte/in) lebt:**

Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand/Verwandschafts- verhältnis zum Hilfesuchenden	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde				
Krankenkasse				
Höhe des Einkommens (mtl. netto)				

**3. Sonstige Angehörige der nachfragenden Person außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:**  
(ehelich/nichtehelich/ehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)

Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand/Verwandschafts- verhältnis zur nachfragenden Person	/	/	/	/
Beruf/Staatsangehörigkeit	/	/	/	/
PLZ, Wohnort				
Straße, Nr.				
Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger oder Pensionsfestsetzungsbehörde				
Krankenkasse				

**4. Ansprüche auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (und Nebengesetzen)**

(ggf. Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen!)

- a) Haben die nachfragende Person oder deren im folgenden genannten Angehörige Schädigungen erlitten
- durch Kriegseinwirkung (Bundesversorgungsgesetz),
  - im militärischen Dienst der Bundeswehr (Soldatenversorgungsgesetz) oder
  - bei Ausübung des Zivildienstes (Zivildienstgesetz)?

nein

ja

**falls ja,**

Nachfragende Person	G. d. S. _____
Ehegatte	G. d. S. _____
Elternteil _____ (Name)	G. d. S. _____

- b) Sind Angehörige der nachfragenden Person
- durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst (Bundesversorgungsgesetz),
  - an Kriegsleiden verstorben (Bundesversorgungsgesetz),
  - im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben (Soldatenversorgungsgesetz), oder
  - bei der Ausübung des Zivildienstes verstorben (Zivildienstgesetz)?

nein

ja

**falls ja,**

Ehegatten	(bei Wiederverheiratung auch früherer Ehegatte)	_____
Kinder	(ehelich, für ehel. erklärte, adoptierte, nichtehel. Stief-Pflegekinder, Enkel)	_____ (Name, Geburtsdatum)
		_____ (Name, Geburtsdatum)
Elternteil		_____ (Name, Geburtsdatum)

## 5. Sonstige Angaben

a)	Wurde für die nachfragende Person eine Betreuung verfügt oder beantragt bzw. besteht Vollmacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Amtsgericht: _____ falls ja, Name u. Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten: <b>(bitte Kopie des Betreuerausweises vorlegen)</b> _____
b)	Frühere Ehegatten der nachfragenden Person (soweit nicht bereits unter Nr. 1 angegeben) (Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag) _____ _____
c)	Soweit Ehe(n) geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde(n) bzw. die Ehegatten getrennt leben: Urteil des Land-/Familiengerichts in _____ vom _____ AZ: _____ <small>(Scheidungs Urteil, Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen)</small>
d)	Beihilfeanspruch der nachfragenden Person, des Ehegatten oder der Eltern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung) Beihilfeberechtigter: _____ Beihilfe gewährende Stelle: _____
e)	Dauernde Behinderung, Krankheit besteht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ursache (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit) _____ _____
f)	Hat die nachfragende Person einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>(falls ja, bitte Kopie beifügen)</b> Hat deren Ehegatte, bzw. Lebenspartner einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>(falls ja, bitte Kopie beifügen)</b>
g)	Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____ Behörde: _____ Hilfeart: _____
h)	Wurden Anträge auf Sozialleistungen gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rehabilitationsleistungen) _____ <small>(Tag, Behörde, AZ; Bewilligungsbescheid in Fotokopie beifügen)</small>
i)	Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide beifügen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
j)	Pflegeversicherung: Pflegekasse: _____ Leistungsbescheid liegt vor: <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad ____ (Leistungsbescheid beifügen. Bei keiner Einstufung MDK-Gutachten unterschrieben beifügen) <input type="checkbox"/> nein      Antrag auf Leistung bereits gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein

## 6. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person

a)	Datum der Einrichtungsaufnahme: _____
b)	derzeitiger Aufenthaltsort: _____
c)	tatsächliche Aufenthaltsorte (polizeiliche Meldung nicht ausschlaggebend) während der letzten 6 Monate <b>vor der Aufnahme</b> in die Einrichtung (ggf. gesondertes Blatt beifügen)
d)	bei Übertritt aus dem Ausland, Datum und Ort des Grenzübertritts: _____

# Wirtschaftliche Verhältnisse der nachfragenden Person, deren Ehegatte bzw. Lebenspartner; sowie bei ledigen minderjährigen nachfragenden Personen der Eltern.

## 1. Einkommensarten

<b>Schlüsselzahlen für Einkommen</b> <b>1) Tätigkeit</b> 0110 Eink./Selbständiger 0111 Eink./Landw.-Forstw. 0120 Eink./unselbst.Tät. 0121 Leihl., Vergütung 0122 Urlaubsgeld 1/12 0123 Urlaubsgeld Einzell. 0125 Wehmachtsgehd 1/12 0126 Wehmachtsgehd - indiv. 9128 Erst.LSt.-KfzSt. 1/12 0129 Krankengeld 0130 Krankengeld 0140 Schlechtwettergeld 0150 ALG 0150 ALG II 0170 Übergangsgeld 0180 Konkursausfallgeld 0190 Kurzarbeitergeld 0191 Einagl. Geld 0196 Mutterschaftsgeld	<b>2) Gesetzliche Rentenversicherung</b> 0210 Rente wg. teilweiser Erwerbsminderung 0220 Rente wg. voller Erwerbsminderung 0230 Altersrente 0240 Witw.Rente 0241 Waisenrente 0250 Unfallrente 0255 Knappsch. Rente 0260 Österr. Rente 0270 ausländ. Rente  <b>3) Versorgung (BVG, HfG, SVG, OEG)</b> 0310 BVG-Grundrente 30% 0311 BVG-Grundrente 40% 0312 BVG-Grundrente 50% 0318 BVG-Ausgl.Rente 0319 BVG-Ausgl. Rente 0319 BVG Berufsch.Ausgl 0320 BVG-Pflegezulage mA. 0321 BVG-Führhundzulage 0322 BVG-Kleiderversch. 0323 BVG-Schweserbeh. Zul. 0330 BVG-Elternteilrente 0331 BVG- Elternr. f. Paare	0332 BVG-Schadensausgl. 0333 BVG-Ws- Ausgl.Rente 0340 sonst. BVG-Rente  <b>4) Lastenausgleich</b> 0410 UH-LAG 0420 Entsch. Rente-LAG  <b>5) Öffentlicher Dienst</b> 0510 Pension 0520 Witwengeld (öD) 0530 Waisengeld (öD)  <b>6) rentenähnliche Leistungen</b> 0610 betriebl. Zuwendungen 0620 Betriebszusatzrente 0630 Leibrente, Leibgeding 0640 Altersgeld für Landwirte 0650 Entsch. Rente-BEG 0651 Entsch. Rente-OEG 0660 Unterhalt- Geldleist. 0661 Unterhalt- Sachleist. 0670 Hilfswerk f. beh. Kinder	<b>7) sonst. Leistungen</b> 0710 Kindergeld 0711 KGZ 0712 Kinderzuschuss Rent. 0720 UVG-Leistungen 0730 USG-Leistungen 0740 BaföG-Leistungen 0750 Blindengeld  <b>8) Einkommen aus Vermögen</b> 0810 Zinseinnahmen 0811 Vermögensertrag 0820 Mieteinnahmen 0821 Pachteinahmen  <b>9) sonst. Einkommen</b> 0910 bes. Mietzuschuss 0911 Wohngeld- nicht pauschal. 0912 Lastenzuschuss-WoGG 0950 sonst. Einnahmen
---	--	--	---

Nettoeinkommen mtl.	a) der nachfragenden Person		b) des Ehegatten (auch wenn geschieden oder getrennt lebend) Bei minderjährigen nachfragenden Personen (hier Angaben über die Eltern)	
			Ehegatte/ Vater	Mutter
Entsprechende Schlüsselzahl vor den Einkommensbetrag schreiben!	/	€	/	€
Nachweise beilegen!	/	€	/	€
	/	€	/	€
	/	€	/	€
	/	€	/	€
	/	€	/	€
	/	€	/	€

**Sollte kein Einkommen oder sonstige Einkünfte erzielt worden sein, bitten wir um Bekanntgabe, wovon der Lebensunterhalt bestritten wurde!**

## 2. Laufende Ausgaben (bitte belegen!)

	€	€	€
<b>a) Versicherungen</b> (z.B. Haftpflicht-, Lebens-, Sterbegeldvers., freiwillige Krankenversicherung)			
<b>b) Mit der Erzielung des Einkommens verb. Ausgaben</b> (z.B. km zum Arbeitsplatz)			

## 3. Besondere Belastungen (z.B. Schulden, Krankheit, Unterstützung von Angehörigen) (bitte belegen!)


## 4. Vermögensverhältnisse (bitte belegen!)

### a) bewegliches Vermögen

Spar- und Bankguthaben, Sparverträge, Sparbriefe, Girokonto, Bausparvertrag	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
Sonstiges Vermögen (z.B. Wertpapiere, Bargeld, Kfz)	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
Bestehen Lebens- und/oder Sterbegeldversicherungen (auch beitragsfrei)?	Art	Art	Art
	€	€	€

**b) unbewegliches Vermögen (Haus- und Grundvermögen)**

nein  ja (bitte belegen und folgende Angaben machen)

Wohnhaus (Zahl der Wohnungen)  Eigentumswohnungen  gewerblich genutztes Grundstück  
Eigentümer \_\_\_\_\_ Anteil \_\_\_\_\_ v. H. Einheitswert \_\_\_\_\_ €  
Gesch. Verkehrswert \_\_\_\_\_ € Baujahr \_\_\_\_\_ Grundstücksfl. \_\_\_\_\_ Flur-Nr. \_\_\_\_\_  
Gemarkung \_\_\_\_\_  
derzeitige Nutzung \_\_\_\_\_

sonst. Grundbesitz insg. \_\_\_\_\_ ha davon Bauland \_\_\_\_\_ qm Bauerwartungsland \_\_\_\_\_ qm  
Eigentümer \_\_\_\_\_ Anteil \_\_\_\_\_ v. H. Einheitswert \_\_\_\_\_ €  
Gesch. Verkehrswert \_\_\_\_\_ € Baujahr \_\_\_\_\_ Grundstücksfl. \_\_\_\_\_ Flur-Nr. \_\_\_\_\_  
Gemarkung \_\_\_\_\_  
derzeitige Nutzung \_\_\_\_\_

Ansprüche auf Grundvermögen im Gebiet der ehemaligen DDR  
Art \_\_\_\_\_

**5. Wohnverhältnisse der nachfragenden Person u. d. in Hausgemeinschaft lebenden Personen**

a)  Mietwohnung  Untermieter  Mietsfrei      Miete mtl. € \_\_\_\_\_ (ohne Nebenkosten)  
Nebenkosten (z. B. Wassergeld, Gebühren) monatlich € \_\_\_\_\_  
Heizkosten monatlich € \_\_\_\_\_  
Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt  ja  nein

b)  Eigentumswohnung  eigenes Haus  freies Wohnrecht  
Monatlich anfallende Kosten (z. B. Schuldzinsen, Schuldtilgung) € \_\_\_\_\_  
Grundsteuer, Gebühren € \_\_\_\_\_

c) Wohngeld wurde beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
Oder Wohngeld ist bewilligt mit monatlich € \_\_\_\_\_ bis einschließlich \_\_\_\_\_

**6. Vermögensabgabe**

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z. B. Haus oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?  
 nein  ja

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
Empfänger, Anschrift: \_\_\_\_\_  
Grund, Anlass: \_\_\_\_\_  
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

**7. Bestehen Ansprüche oder Recht gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Darlehensrückzahlungsansprüche, Ansprüche aus Erbschaft)?**

nein  ja      Art: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_  
Verpflichteter, Anschrift \_\_\_\_\_  
(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

**8. Bestehen Kranken(haus)tagegeldversicherungen?**

nein  ja      Art: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_

**Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.**

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

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen. Hierzu verweisen wir auf die dem Antrag beigefügten Hinweise.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFüV erteilt.

Sonstige Angaben:

--

Geldleistungen können gezahlt werden auf:	IBAN
Bankinstitut	BIC

_____ Ort, Datum	_____ <b>Unterschrift der nachfragenden Person bzw. seiner gesetzlichen Vertreter</b>	_____ Unterschrift des Ehegatten
---------------------	--	-------------------------------------

**Außerdem ermächtige ich den Bezirk Mittelfranken zur Prüfung eines eventuellen Rentenanspruchs beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Versicherungsverlauf anzufordern; sowie einen evtl. Wohngeldantrag zu stellen.**

_____ Ort, Datum	_____ <b>Unterschrift der nachfragenden Person bzw. seiner gesetzlichen Vertreter</b>	_____ Unterschrift des Ehegatten
---------------------	--	-------------------------------------

a) Der Antrag auf Hilfe ist hier am \_\_\_\_\_ aufgenommen worden oder eingegangen. Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

b) Mit \_\_\_\_\_ Belegen am \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_

Weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:	
_____ Ort, Datum	_____ Stempel, Unterschrift

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

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Bezirk Mittelfranken

Danziger Str. 5

91522 Ansbach

Tel.: 0981/4664-0

E-Mail: [sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de](mailto:sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de)

Die von Ihnen gem. § 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. 1 c) DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Mittelfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende 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 gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der 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 das 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, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Mittelfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Mittelfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0981/4664-1040 oder über folgende E-Mail-Adresse: [datenschutz@bezirk-mittelfranken.de](mailto:datenschutz@bezirk-mittelfranken.de)

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: [poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de)).