Landkreis Celle
Der Landrat

Merkblatt Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen

Anlage: Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) inkl. diverser Erklärungen zum Antrag

Ihre erste Ansprechpartnerin für stationäre Leistungen ist:
Frau Bettina Urbschat – Telefon: 05141 / 916 4009, E-Mail: Bettina.Urbschat@lkcelle.de

Dienstgebäude: Landkreis Celle, Sozialamt, Am Französischen Garten 3, 29221 Celle
Postanschrift: Landkreis Celle, Postfach 3211, 29232 Celle

Sie können den Antrag zusammen mit den Unterlagen per Post/E-Mail zuschicken oder persönlich nach einer Terminvereinbarung vorlegen.

Welche Unterlagen zur Bearbeitung des Antrages benötigt werden, entnehmen Sie bitte der beigefügten Liste.

Grundlegende Voraussetzungen

Wichtig ist, dass die/der Antragstellerin/Antragsteller ihren letzten Wohnsitz außerhalb eines Pflegeheimes in der Stadt Celle oder im Landkreis Celle hatte und das mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt.

Da die Sozialhilfe frühestens mit Bekanntwerden der Bedürftigkeit einsetzt, kann ein Anruf oder eine E-Mail bereits als fristwahrend gewertet werden.

Zur Erfassung werden folgende Angaben der/des Antragstellerin/Antragstellers benötigt:

1. Vor- und Zuname nebst Geburtsdatum (Erfassung der Fristwahrung)
2. Letzter Wohnort vor Heimaufnahme (Zuständigkeitsprüfung)
3. wenn bereits bekannt: Pflegeheim (Zuordnung Sachbearbeiter)

zusätzliche Erklärungen:

Der Vermögensfreibetrag beträgt derzeit 10.000,00 €, sowie zusätzlich 10.000,00 € für den nicht getrennt lebenden Ehegatten. Jegliches Vermögen über diesen Freigrenzen ist für die Deckung der Heimkosten einzusetzen. Sollte sich im Laufe des Sozialhilfebezuges höheres Vermögen ansammeln, so ist dieses umgehend mitzuteilen.

Falls sich bei der Sichtung Ihrer Unterlagen bereits herausstellt, dass Sie über diesen Freigrenzen liegen bzw. die aktuellen Heimkosten mit Ihren Renten- und Pflegekassenansprüchen decken können, wird um Mitteilung gebeten. Eine erneute Antragsstellung kann dann erst erfolgen, wenn diese Freigrenzen nahezu ausgeschöpft sind oder das Einkommen nicht mehr für eine Deckung der laufenden Heimkosten ausreicht.

Sozialleistungen nach dem SGB XII sind nachrangige Leistungen. Das heißt, dass Ansprüche Dritten gegenüber, insbesondere anderen Sozialleistungsträgern, geltend gemacht werden müssen, bevor ein Leistungsanspruch in Form von Hilfe zu Pflege besteht.

Kurzzeitpflege:

Bei der Krankenkasse kann bezüglich einer zusätzlichen Beteiligung der Kosten an der Kurzzeitpflege ein Antrag gestellt werden. Gemäß § 64i haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag i. H. v. bis zu 131 € monatlich.
Bitte legen Sie bei Inanspruchnahme das Antwortschreiben der Krankenkasse vor.

vollstationäre Pflege:

Um prüfen zu können, ob und ggf. in welcher Höhe ein Anspruch auf Wohngeld für Heimbewohner ab dem Zeitpunkt der vollstationären Heimaufnahme besteht, werden Sie gebeten einen Antrag auf Wohngeld für Heimbewohner umgehend zu stellen und den Bescheid zu gegebener Zeit hier vorzulegen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen können die Unterlagen, die für den Antrag für die Hilfe zur Pflege vorgelegt werden, nicht an die Wohngeldstelle weitergeleitet werden. Daher bitte die hierfür erforderlichen Antragsunterlagen gesondert und direkt an die Wohngeldstelle zu schicken.

Einen Wohngeldantrag für Heimbewohner können sie sich auch von der Homepage des Landkreises unter *http://www.landkreis-celle.de/kreisverwaltung/sozialamt/wohngeld/merkblaetter-und-vordrucke.html* runterladen. Bei Fragen zum Wohngeldantrag oder -anspruch wenden Sie sich bitte direkt an die **Wohngeldstelle** unter der Rufnummer **916-4073, Frau Wagner** oder per E-Mail unter **wohngeld@lkcelle.de**

Bitte Beachten: Bei Heimen die nicht im Landkreises Celle liegen, ist der Antrag bei der für das Heim zuständigen Wohngeldstelle zu stellen.

Sollten Sie vor Heimaufnahme in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert gewesen sein und der Krankenversicherungsträger aufgrund der Heimaufnahme und des Sozialleistungsanspruchs diese Versicherungen beenden, so ist es unbedingt erforderlich, die freiwillige Weiterversicherung zu beantragen und das nachzuweisen.

Falls Sie vor Heimaufnahme in einer Mietwohnung lebten und auf Dauer in die Pflegeeinrichtung umziehen, ist der Mietvertrag schnellstmöglich zu kündigen. Ab dem Tag der Heimaufnahme ist das Einkommen grundsätzlich in voller Höhe zur Deckung der Heimkosten einzusetzen. Für Mietzahlungen, die innerhalb der Kündigungsfrist liegen, ist dieses im Sozialhilfeantrag unter Seite 4, Punkt IX. a) darzustellen.

Bei Ehepaaren, wenn ein Ehepartner im Pflegeheim ist:

Bei einem positiven Bescheid wird dem Ehepartner der/des Antragstellerin/Antragstellers das gemeinsame Einkommen eingeschränkt belassen, damit bei Ihr/ihm nicht eine eigene Sozialhilfebedürftigkeit entsteht. Gemäß § 85 Abs. 1 SGB XII ist ein angemessener Kostenbeitrag aus dem gemeinsamen Einkommen für die Heimunterbringung zu zahlen. Die Berechnung erfolgt nach Vorlage der Unterlagen.

Sollte die/der Antragstellerin/Antragsteller bzw. der Ehepartner Wohneigentum besitzen, ist dieses unter bestimmten Voraussetzungen geschützt. Der zu Hause verbliebene Ehepartner muss das Wohneigentum zu einen selbst bewohnen und zu anderen darf der Wohnraum nur eine angemessene Größe haben. Sollte ein Teil des Hauses vermietet sein, so ist die Kaltmiete als Einnahme anzugeben.

Die Unterlagenanforderungsliste ist für den Ehepartner analog anzuwenden. (z.B. Einkommensnachweise, Kontoauszüge usw.)

Bei Ehepaaren, wenn beide Ehepartner im Pflegeheim sind:

Jeder Ehepartner muss für sich einen gesonderten Sozialhilfeantrag stellen. Hierbei wird zunächst die eigene Rente für den jeweiligen Ehepartner zu Grunde gelegt. Sollte die Berechnung bei einem Ehepartner einen Überschuss ergeben, so ist dieser bei dem zweiten Ehepartner mit einzusetzen.

Wenn Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte gerne an Frau Urbschat.

Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden noch folgende Nachweise / Belege benötigt:

Wichtiger Hinweis:

Bitte senden Sie die Unterlagen, Belege und sonstige Nachweise nur noch als Kopie ein. Es werden keine Unterlagen zurückgeschickt. Gerne können Sie die Unterlagen auch auf digitalem Weg direkt an mich senden. Sollte die Vorlage von Originalunterlagen im Einzelfall doch erforderlich sein, werde ich Sie bitten, die Originale vorzulegen.

☐ ggf. Betreuerausweis / Vollmacht

☐ Bescheid der Pflegekasse über die Bewilligung der Kurzzeitpflege

☐ Bescheid der Pflegekasse über die Bewilligung der vollstationären Pflege

☐ Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad und Vorlage des MDK-Gutachtens, falls vorhanden

☐ ggf. Nachweis der Pflegekasse über die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages (Kurzzeitpflege)

☐ Bescheid der Pflegekasse über den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI (vollstationäre Pflege

☐ Schwerbehindertenausweis und Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes

☐ ggf. Nachweis der Krankenversicherung über bestehenden Krankenversicherungsschutz

☐ ggf. Beihilfebescheid

☐ Einkommensnachweise (z. B. Rentenbescheide, Wohngeld, Mieteinkünfte, Altenteile)

☐ ggf. bei Ehescheidung vor 1977 — Antrag auf Witwenrente des geschiedenen, verstorbenen Ehegatten

☐ ggf. Grundstücksübergabevertrag, Altenteils-/Übergabevertrag

☐ ggf. Beitragsnachweise der Privathaftpflichtversicherung (aktuell für Heimaufenthalt)

☐ Vermögensnachweise (z. B. komplettes Sparbuch, Tagesgeldkonto, Lebens-/Sterbegeldversicherung mit aktuellem Rückkaufswert, Wertpapiere, Mietkaution / Genossenschaftsanteile, Kfz mit Kopie des Fahrzeugscheins und Angabe der KM-Leistung)

☐ ggf. Nachweise zu verschenktem Vermögen

☐ vollständige Vermögensübersicht / Saldenbestätigung die Stichtage: Tag der Heimaufnahme und ein Jahr davor

☐ vollständige Umsatzübersicht (alternativ Kontoauszüge) für den Zeitraum: ein Jahr vor Heimaufnahme bis heute

☐ ggf. Mietvertrag der Wohnung bzw. aktueller Mietnachweis

☐ ggf. Kontoauszug des Vermieters über Höhe der Mietsicherheit / der Genossenschaftsanteile

☐ ggf. Eintrag in den Sozialhilfeantrag Seite 4 unter Punkt IX a) zur Übernahme bzw. Minderung des Einkommenseinsatzes aufgrund einzuhaltender Kündigungsfristen.

☐ ggf. Kündigung Mietvertrag und Kündigungsbestätigung des Vermieters

☐ ggf. drei Kostenvoranschläge für die Wohnungsräumung

☐ bei Wohneigentum: Grundbuchauszug, Fragebogen zur Verkehrswertschätzung, diesen können Sie bei mir anfordern

☐ ggf. Zins- und Tilgungsplan für Wohneigentum

☐ Nachweis alle Nebenkosten für die Wohnung / das Haus (insbesondere Hausrat- und Haftpflichtversicherung, Schornsteinfegergebühren, Wasser- und Abwassergebührenbescheid, Müllgebührenbescheid, Grundsteuerbescheid etc. Kreditvertrag, Hausgeldabrechnung). Ausgabennachweise im Zusammenhang mit einer evtl. Erwerbstätigkeit

☐ ggf. Nachweis über die Zwischenfinanzierung bei ihrer Hausbank zwecks Hausverkauf

Landkreis Celle

Landkreis Celle, Der Landrat
Sozialamt
Am Französischen Garten 3, 29221 Celle

Datum Antragstellung,
Anruf:
Mail:
Fax:
Aktenzeichen

Sozialhilfeantrag

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

☒ Hilfe zur Pflege in Einrichtungen
☐ Hilfe zur Pflege; Kurzzeitpflege
☒ ab: _____

I. Antragsteller/in

Pflegeeinrichtung: _____

Name, Vorname, ggf. Geburtsname		Staatsangehörigkeit;	ausländerbehördlicher Status (z. B. Asylbewerber...) und in Deutschland seit:
Geburtsdatum	Geburtsort (Ort und Kreis)	Familienstand	seit
aktuelle Anschrift			Telefonnummer
Name, Anschrift und Tel.-Nr. des Betreuers / Bevollmächtigten, Az. Amtsgericht, Betreuung ab:			

II. Krankenversicherungsschutz des Antragstellers

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. _____

monatlicher Beitrag (bei priv. oder freiwilliger Krankenvers.): _____

Adresse: _____

☐ selbst versichert ☐ familienversichert bei: _____

III. Ehepartner / Lebenspartner

Achtung: Bei getrenntlebenden oder geschiedenen Antragstellern bitte den Ehepartner unter VIII eintragen.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname		Staatsangehörigkeit	Ausländerbehördlicher Status (z. B. Asylbewerber...)
Geburtsdatum	Aktuelle Anschrift	Beruf u. zurzeit ausgeübte Tätigkeit	
Name, Anschrift und Tel.-Nr. des Betreuers / Bevollmächtigten, Az. Amtsgericht, Betreuung ab:			

IV. Krankenversicherungsschutz des Ehepartners / Lebenspartners

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. _____

monatlicher Beitrag (bei priv. oder freiwilliger Krankenvers.): _____

Adresse: _____

☐ selbst versichert ☐ familienversichert bei: _____

V. Wirtschaftliche Verhältnisse des Antragstellers und des Ehegatten /Lebenspartners

Bitte die entsprechenden Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse beifügen

Einkünfte:	**des Antragstellers**	**des Ehepartners/ Lebenspartners**
Erwerbseinkommen		
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Alters-, Erwerbsminderungsrente)		
Rentenversicherungsnummer:		
Witwenrente / Witwerrente		
Rentenversicherungsnummer:		
Pension		
Unfallrente		
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (Unterhaltshilfe, Entschädigungsrente)		
Leistungen der Kriegsopferfürsorge (Grundrente, Ausgleichsrente, Elternrente, KOV, etc.)		
Betriebs- oder Zusatzrenten (z. B. VBL o. a.)		
Miet-/Pachteinnahmen		
Altenteilzahlungen/Wohnrechtsausgleich		
Einkünfte aus Vermögen (Zinsen)		
Kindergeld		
Krankengeld		
Sonstige Einkünfte		

VI. Versicherungen des Antragstellers und seiner Familienangehörigen

Art der Versicherung	Versicherungsnehmer/in Bezugsberechtigte/r Name, Vorname	Versicherungsträger Name und Anschrift	mtl./jährl. Beitrag	Versicherungssumme	Rückkaufwert bei Kapitalversicherung (aktueller Nachweis)
Sterbeversicherung					
Lebensversicherung					
Unfallversicherung					
Privathaftpflichtversicherung					
Hausratversicherung					

VII. Angehörige der Hilfesuchenden (Kinder - auch aus früheren Ehen -, nichteheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern).

Name, Vorname	geb. am	Verwandtschaftsverhältnis	Jahreseinkommen über 100.000 €	zurzeit ausgeübte Tätigkeit / Beruf	Anschrift
			☐ ja ☐ nein		
			☐ ja ☐ nein		
			☐ ja ☐ nein		
			☐ ja ☐ nein		
			☐ ja ☐ nein		

VIII. Nur ausfüllen bei geschiedenen oder getrenntlebenden Antragstellern

Ich bin ☐ geschieden ☐ getrennt lebend seit _____

früherer Ehepartner (Name, Vorname)	geboren am
Anschrift:	
Wie trägt der geschiedene bzw. getrenntlebende Ehepartner zum Unterhalt bei?	
Falls Unterhaltsklage angestrengt wurde: 1) Name des Amtsgerichts: 2) Name und Anschrift des Anwaltes, der mit der Unterhaltsangelegenheit befasst ist:	
Zu welchen Unterhaltszahlungen ist der Ehepartner verurteilt?	
Wurde auf Unterhalt verzichtet? ☐ nein ☐ ja - Gründe (Nachweise beifügen):	

IX. a) Kosten der Unterkunft (§ 35 SGB XII) vor Heimaufnahme

Ich bin/Wir sind

☐ Mieter von Wohnraum (Mietbescheinigung/Mietvertrag beifügen)

Die Miete (Kaltmiete zuzüglich Vorauszahlung für Betriebskosten) beträgt _____ EUR

☐ Bewohner von Haus-/Wohneigentum

☐ Nach Heimaufnahme ist noch Miete zu zahlen bis _____

Wohngeld wurde bereits bewilligt ☐ nein ☐ ja (Bescheid beifügen), und zwar

von Monat/Jahr	bis Monat/Jahr	monatliches Wohngeld in EUR

b) Kosten der Heizung (§ 35 SGB XII)

Die Kosten der Heizung betragen _____ EUR

☐ Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Sammelheizung (Energieträger werden geliefert). Der Betrieb der Heizung erfolgt mit

☐ Heizöl ☐ Erdgas ☐ Fernwärme ☐ Strom ☐ Nachtspeicherheizung

X. Aufenthaltsverhältnisse

Antragsteller/in wohnt / wohnte vor der Heimaufnahme: Adresse:	zugezogen am	Zuzugsanschrift	
Heim-/Anstaltsaufenthalt Name des Heimes/der Einrichtung	Dauer (vom - bis)	Grund	Wer hat die Kosten getragen?

XI. Vermögen des Antragstellers und des nicht getrenntlebenden Ehegatten / Lebenspartners

	Kontoinhaber	Kreditinstitut	Kto.-Nr.	aktueller Stand bzw. Stand zum Zeitpunkt der Antragstellung und Heimaufnahme
Girokonto				
Sparbuch/Tagesgeldkonto				
Sparbrief				
Wertpapier				
Aktien o. ä.				
Rückkaufswert Kapitalversicherung				
Sonstiges				

sonstiges Barvermögen ☐ ja _____ € ☐ nein

Hausgrundstück ☐ ja Anschrift: _____ ☐ nein

Eigentumswohnung ☐ ja Anschrift: _____ ☐ nein

sonstiger Grundbesitz ☐ ja ☐ nein

Pkw ☐ ja Typ: _____ ☐ nein
Baujahr: _____
Kilometerstand: _____

XII. Früheres Vermögen

Ist innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen (Barvermögen, Wertpapiere, Haus- und Grundbesitz)

veräußert worden?	☐ ja	☐ nein
verschenkt worden?	☐ ja	☐ nein
übertragen worden?	☐ ja	☐ nein

Angaben über Art des Vermögens, Zeitpunkt der Übertragung, Begünstigter etc.:

_____

_____

_____

XIII. Vorrangige Leistungen der Pflegekasse

Auf meinen Antrag bei der Pflegekasse auf Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalte ich

a) ☐ keine Leistungen

b) ☐ Leistungen des Pflegrades ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ Entlastungsbetrag (§ 45 b SGB XI)

c) Die Leistungen der Pflegekasse wurden aufgrund meiner Beihilfeansprüche gekürzt auf

_____ €

Hinweis: Sollte bisher kein Antrag bei der Pflegekasse gestellt worden sein, ist dieser unverzüglich nachzuholen.

XIV. Beihilfeansprüche

Beihilfestelle _____

Ein Anspruch besteht in Höhe von _____ %

XV. Schwerbehinderung

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis:

Grad der Behinderung _____ gültig bis _____

Merkzeichen _____

XVI. Bankverbindung

Ggf. zu gewährende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:		
Kontonummer	Bankleitzahl	Kreditinstitut
Kontoinhaber		

XVII. Hinweise und Schlusserklärungen

1. Antragsbegründende Stellungnahme (Weshalb stellen Sie einen Sozialhilfeantrag?)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden - unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung - aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

3. Hinweis zum Datenschutz

☒ Ich bestätige den Erhalt eines Merkblattes über den Datenschutz.

4. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsopferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und § 7 Abs. 4 AsylbLG). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

☒ Ich bestätige den Erhalt eines Merkblattes über die Mitwirkungspflichten.

5. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

6. Antrag auf Gewährung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Sollte die Bedarfsprüfung des Sozialhilfeträgers im Rahmen der Antragsbearbeitung auch einen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) ergeben, so werden diese Leistungen hiermit ebenfalls beantragt. Dieser Antrag gilt auch als Folgeantrag nach Ablauf der zukünftigen Bewilligungszeiträume, soweit die Anspruchsvoraussetzungen für die Grundsicherung noch zutreffen.

7. Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift der nachfragenden Person oder des Bevollmächtigten	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner(in)

Merkblatt
über die Mitwirkungspflichten gem. §§ 60 ff SGB I

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält (§ 2 Abs. 1 SGB XII).

Vorrangige Ansprüche sind insbesondere: Wohngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Unterhalt. Es ist deshalb Ihre Pflicht, jeden Anspruch auf vorrangige Leistungen geltend zu machen und mir dieses unverzüglich mitzuteilen.

Auf Ihre Mitwirkungspflichten gem. §§ 60 ff Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I) in der zurzeit gültigen Fassung werden Sie hiermit ausdrücklich hingewiesen.

SGB I, § 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.

Es ist insbesondere unverzüglich mitzuteilen

a. Änderungen der Haushaltsgemeinschaft (Zuzug, Auszug, Geburt oder Tod Haushaltsangehöriger),
b. Wohnungswechsel,
c. wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen sich zu dauernder oder vorübergehender Unterbringung in ein Alten- oder Kurheim, Krankenhaus oder dergleichen begeben sollten, auch sonstige Abwesenheit, soweit sie länger als 1 Monat andauert,
d. wenn in Ihren derzeitigen wirtschaftlichen Verhältnissen oder denen Ihrer Angehörigen eine Änderung eintritt (z. B. Änderung der Miete, Neben- und Heizkostenabrechnungen, Änderung der Abschläge an Versorgungsunternehmen, Änderung des Einkommens aus Arbeit, Rente, Wohngeld, Kindergeld, Arbeitsamtsleistungen u. a.),
e. wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen in ein Arbeitsverhältnis tritt oder eine andere Sozialleistung, wie z. B. Arbeitslosengeld, Wohngeld, Kindergeld, Krankengeld oder Rente beantragt haben,
f. Beginn und Ende (auch Abbruch) der Schul- oder Berufsausbildung oder Fortbildung Haushaltsangehöriger.

SGB I, § 61 - Persönliches Erscheinen:

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

SGB I, § 62 - Untersuchungen:
Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

SGB I, § 65 - Grenzen der Mitwirkung:

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den vorgenannten Paragraphen 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 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) Behandlungen und Untersuchungen,
   1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
   2. die mit erheblichem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahe stehenden 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.

SGB I, § 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 Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbstätigkeit 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 Vermittlungstätigkeit 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.

Landkreis Celle

EINWILLIGUNG

zur Übermittlung des
Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

von

_____
(Name, Vorname)

_____
(Geburtsdatum)

_____
(Anschrift)

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung des o. a. Gutachtens an den Landkreis Celle.

Ich wurde auf meine in §§ 60 ff SGB geregelten Pflichten zur Mitwirkung, auf die Grenzen der Mitwirkung (§ 65 SGB I) und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 66 SGB I) hingewiesen. Des Weiteren wurde ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Übermittlung des Gutachtens an den o. g. Leistungsträger nach § 35 SGB I i. V. m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X zulässig ist. Ich wurde in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich auf mein in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X geregeltes Widerspruchsrecht zu Beginn des Antragsverfahrens hingewiesen, von dem ich keinen Gebrauch mache.

_____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift)

Landkreis Celle

Aktenzeichen: _____

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Angaben zum gesetzl. Vertreter:

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte sowie sämtliche am Verfahren beteiligten Personen, die fachliche Stellungnahmen beitragen können, von der Schweigepflicht (§ 203 Strafgesetzbuch).

Beurteilungen dieser Personen sind insbesondere wesentlich, damit das Gesundheitsamt eine sozialmedizinische Stellungnahme erteilen kann, die wiederum zur Entscheidungsfindung über eine Sozialleistung entscheidend ist. Der Landkreis Celle - Der Landrat -, Sozialamt und Gesundheitsamt sind demnach berechtigt, Feststellungen zu meinem Gesundheitszustand und zu meinem Hilfebedarf zu treffen. Diese Ermittlung erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass die beantragten Sozialhilfeleistungen von diesen Urteilen bzw. Stellungnahmen abhängen.

Insbesondere willige ich deshalb in die Weitergabe der Stellungnahme an

- das Gesundheitsamt des Landkreises Celle
- das Sozialamt des Landkreises Celle
- die psychosoziale Beratungsstelle der Diakonie Celle
- die aufnehmende Einrichtung sowie
- ambulante Leistungsanbieter ein.

_____ _____

(Ort, Datum)

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen

Zur Bearbeitung des von Ihnen gestellten Leistungsantrages bitte ich Sie, die unten aufgeführte Ermächtigung und Beauftragung zur Auskunftserteilung über Ihre Vermögensverhältnisse durch Geldinstitute zu unterzeichnen (§ 60 Sozialgesetzbuch I).

Ermächtigung und Beauftragung zur Auskunftserteilung über Vermögensverhältnisse durch Geldinstitute

Leistungsberechtigte/r:
Name, Vorname (ggf. beider Ehegatten):

_____

Geburtsdaten: _____

Anschrift: _____

Ich ermächtige und beauftrage die nachstehend aufgeführten Geldinstitute, dem Landkreis Celle Auskunft über den Stand und die Bewegungen auf allen aufgeführten Konten innerhalb der letzten sechs Monate zu erteilen.

Geldinstitut	Girokonto Nr.	Sparkonten/-bücher, Depots

Bestehen für Sie Sparverträge, besitzen Sie sonstiges Anlagevermögen? Bitte aufführen!

_____

_____

_____

Der Unterzeichnende versichert, dass

- die Angaben der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden
- keine weiteren Konten bei diesen oder anderen Geldinstituten bestehen

Ich bin mir / Wir sind uns bewusst, dass unwahre Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betrugs nach sich ziehen können.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Leistungsberechtigte/r	Unterschrift Ehegatte

Entbindung vom Datenschutz

Hiermit ermächtige ich,

_____ geb. am: _____

wohnhaft: _____

vertreten durch: _____

(Geschäftszeichen des Amtsgerichts Celle: _____
oder privatrechtliche Vollmacht vom _____)

das Sozialamt des Landkreises Celle Abteilung Hilfe zur Pflege bei

- der Pflegekasse und des MDK
- Ärzten
- Sozialversicherungsträgern
- Versicherungsgesellschaften
- Finanzbehörden
- Kreditinstituten, Banken und Sparkassen
- Treuhänder
- Bestattungsunternehmen
- sonstige Vertragspartner

über meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse Anfragen zu stellen, Gutachten anzufordern und Erklärungen abzugeben.

Die erlangten Erkenntnisse dürfen nur zur Bearbeitung meines Antrages und für Leistungen nach § 74 SGB XII (für meine Bestattung) verwendet werden. Diese Erklärung erlischt, sobald ich aus dem Leistungsbezug ausscheiden und die Fallbearbeitung inklusive der Prüfung nach §§ 102 SGB XII ff. beim Sozialamt des Landkreises Celle endgültig abgeschlossen ist.

....., den .....

.....

(Unterschrift)

Entbindung vom Datenschutz

Hiermit ermächtige ich

_____ geb. am: _____

wohnhaft: _____

vertreten durch: _____

(Geschäftszeichen des Amtsgerichts Celle: _____
oder privatrechtliche Vollmacht vom _____)

das Sozialamt des Landkreises Celle Abteilung Hilfe zur Pflege bei

- der Pflegekasse und des MDK
- Ärzten
- Sozialversicherungsträgern
- Versicherungsgesellschaften
- Finanzbehörden
- Kreditinstituten, Banken und Sparkassen
- Treuhänder
- Bestattungsunternehmen
- sonstige Vertragspartner

über meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse Anfragen zu stellen, Gutachten anzufordern und Erklärungen abzugeben.

Die erlangten Erkenntnisse dürfen nur zur Bearbeitung des Antrags auf Leistungen nach dem SGB XII für meine Ehefrau / meinen Ehemann

_____ geb. am: _____

wohnhaft: _____

verwendet werden. Diese Erklärung erlischt, sobald sie aus dem Leistungsbezug ausscheidet bzw. der Sachbearbeitung abgeschlossen ist.

....., den _____

.....

(Unterschrift)

Datenschutzhinweise

1. Für die Datenverarbeitung Verantwortlicher

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung im Sinne der Datenschutzgesetze ist der:

Landkreis Celle
Trift 26
29221 Celle
Deutschland
Tel: (+49) 9169104
E-Mail: datenschutz@lkcelle.de

2. Zwecke und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt. Die personenbezogenen Daten werden benötigt:

- zur Prüfung und Feststellung eines Anspruches auf Sozialhilfe,
- zur Bearbeitung von mit der Beantragung und Gewährung von Sozialhilfe zusammenhängenden Neben- und Folgeaufgaben, die in der Geltendmachung, Durchsetzung und Wiederherstellung des Nachrangs der Leistungen sowie der Realisierung und Abwicklung von Erstattungs- oder Rückerstattungsansprüchen liegen und
- zur Vermeidung einer rechtswidrigen Gewährung öffentlicher Mittel.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) DS-GVO, [§ 3 NDSG, § 60 SGB I, §§ 67 ff. SGB X, § 9 AsylbLG]. Sie müssen dabei diejenigen personenbezogenen Daten angeben, die für die Erfüllung des Antrags oder einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich sind. Ohne die Bereitstellung kann ich Ihre Anfrage ggfs. nicht bearbeiten.

3. Empfänger personenbezogener Daten

Ich gebe Ihre personenbezogenen Daten nur dann an externe Empfänger außerhalb des Sozialamtes weiter, wenn dies zur Erfüllung der unter **Ziffer 2** genannten Zwecke erforderlich ist oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht. Insbesondere können das Gesundheitsamt, Rententräger, Leistungserbringer oder die Psychosoziale Beratungsstelle Empfänger sein. Ferner arbeite ich mit Dienstleistern zusammen, die wir für die Erbringung von Services einsetzen, beispielsweise in den Bereichen der technischen Infrastruktur und Wartung und Pflege von Datenverarbeitungssystemen. Diese Dienstleister verarbeiten Daten ausschließlich im Auftrag und unter unserer Kontrolle sowie nur zu den unter **Ziffer 2** beschriebenen Zwecken.

4. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Ich verwende weder eine automatisierte Entscheidungsfindung noch ein Profiling.

5. Speicherdauer

Ich speichere Ihre personenbezogenen Daten nur solange, wie dies für die Erfüllung der unter **Ziffer 2** genannten Zwecke und zur Erfüllung gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist.

6. Betroffenenrechte

Als von der Datenverarbeitung betroffene Person stehen Ihnen zahlreiche Rechte zur Verfügung. Im Einzelnen:

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und darüber hinaus in begründeten Fällen auch die Löschung, Berichtigung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen.

Widerspruch gegen Datenverarbeitung bei Rechtsgrundlage gem. Artikels 6 Absatz 1 Buchstabe e und f DS-GVO: Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit der Datenverarbeitung durch mich zu widersprechen, soweit diese auf der Rechtsgrundlage gem. Artikels 6 Absatz 1 Buchstabe e und f DS-GVO beruht. Sofern Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, werde ich die Verarbeitung Ihrer Daten einstellen, es sei denn ich kann - gemäß den gesetzlichen Vorgaben - zwingende schutzwürdige Gründe für die Weiterverarbeitung nachweisen, welche Ihre Rechte überwiegen.

Um von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch zu machen, wenden Sie sich bitte an die unter Ziffer 1 genannten Kontaktdaten.

Sie können zudem eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einreichen, wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen geltendes Recht verstößt. Sie können sich hierzu an die Datenschutzbehörde wenden, die für Ihren Wohnort zuständig ist oder an die für mich zuständige Datenschutzbehörde. Sie können sich bei Fragen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Betroffenenrechten unentgeltlich mit mir in Verbindung setzen. Wenden Sie sich zur Ausübung aller Ihrer zuvor genannten Rechte bitte an die Datenschutzkoordinatorin des Landkreises Celle per Email an **Datenschutz@lkcelle.de** oder postalisch an die oben unter **Ziffer 1**. angegebene Anschrift. Bitte stellen Sie dabei sicher, dass mir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person möglich ist.

7. Datenschutzbeauftragter

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten des Landkreises Celle:
Dr. Gregor Scheja
Scheja & Partners GmbH & Co. KG
Adenauerallee 136
53113 Bonn
Telefon: +49 228 227226-0
Fax: +49 228 227226-26
www.scheja-partners.de
Kontakt via https://www.scheja-partners.de/kontakt/kontakt.html

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich,

_____ geb. am: _____

wohnhaft: _____

vertreten durch: _____

(Geschäftszeichen des Amtsgerichts Celle: 25 XVII
oder privatrechtliche Vollmacht vom _____)

für die Auskunfterteilung nach § 117 SGB XII fällige Gebühr durch die beauftrage Bank / Sparkasse

von meinem Konto

IBAN: DE_____

einzuziehen.

....., den .....

.....

(Unterschrift)

Landkreis Celle

Sozialamt
Abteilung Hilfe zur Pflege

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich

_____ geb. am: _____

wohnhaft in folgender Pflegeeinrichtung:

_____

ggf. vertreten durch: _____
(Geschäftszeichen des Amtsgerichts Celle oder privatrechtliche Vollmacht vom _____)

mich damit einverstanden, dass das Sozialamt des Landkreises Celle und die o.g. Pflegeeinrichtung, antrags- und leistungsrelevante Daten austauschen dürfen.

_____, den _____

_____

(Unterschrift)

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich,

_____ geb. am: _____

wohnhaft: _____

vertreten durch: _____

(Geschäftszeichen des Amtsgerichts Celle: _____
oder privatrechtliche Vollmacht vom _____)

dem Landkreis Celle, Sozialamt – Abteilung Hilfe zur Pflege -, Trift 26, 29221 Celle bzw. der Einrichtung, einen evtl. Wohngeldanspruch ab.

Bankverbindung der Einrichtung: _____

_____

Mir ist bekannt, dass Wohngeld eine vorrangige Sozialleistung gem. § 2 SGB XII ist, die ich beantragen muss.

....., den .....

.....

(Heimbewohner/in, ggf. Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r)

Erklärung zu Ansprüchen

Hiermit erkläre ich

_____ geb. am: _____

wohnhaft: _____

vertreten durch: _____

(Geschäftszeichen des Amtsgerichts Celle: 25 XVII _____
oder privatrechtliche Vollmacht vom _____)

dass ich keinen Pflichteils – oder Pflichtteilsergänzungsansprüche (§ 2325, 2329 Abs. 1 Satz 2 BGB) oder andere privatrechtlichen Ansprüche gegen Dritte habe.

Hinweis: Der Sozialhilfeträger behält sich den rückwirkenden Widerruf aller Leistungen vor, wenn diese aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder unterlassener Angaben bewilligt wurden sind. Außerdem setzen Sie sich der Strafverfolgung aus.

....., den .....

.....

(Unterschrift)