

Landratsamt Ostallgäu
Sachgebiet 20 – Soziale Verwaltung
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0
Fax: 08342/911-563
E-Mail: sozialamt@lra-oal.bayern.de
Internet: www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten der Sozialen Verwaltung:

Montag, Mittwoch, Freitag: 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag: 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag: 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

**Antrag auf Erbringung von Leistungen nach dem ☐ SGB XII ☐ AsylbLG
in Form von**

- ☐ **Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)**
☐ **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)**
☐ **Sonstigen Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis neuntes Kapitel SGB XII)**

Antrag ausgegeben am/gestellt am: _____

Aktenzeichen: 20 - _____

Eingangsstempel Behörde _____

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen bzw. ausfüllen, nichtzutreffendes ist entsprechend durchstreichen!
Immer wenn Sie dieses Zeichen  sehen, legen Sie bitte einen Nachweis zu Ihren Angaben vor!

1 Persönliche Angaben zum Leistungsempfänger

Familienname: _____ Straße, Nr.: _____
Vorname: _____ PLZ: _____
Geburtsdatum: _____ Ort: _____
Geburtsort: _____ Telefon: _____
Geburtsname: _____ Fax: _____
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers Staatsangehörigkeit _____
Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden, seit: _____
☐ getrennt lebend, seit: _____
Ausweisdokument (bitte Ausweiskopie beifügen) ☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ Aufenthaltstitel ☐ Fiktionsbescheinigung
In Deutschland lebend seit Geburt: ☐ ja ☐ nein, falls nicht von Geburt, Jahr des Zuzuges: _____
Vormund/Betreuer ☐ nein ☐ beantragt ☐ ja, wenn ja **bitte Adresse des Vormundes/Betreuers angeben und Bestellsurkunde beifügen**

2 Angaben zum Ehegatten, Lebensgefährten, Lebensgefährtin, Lebenspartner/in (nur ergänzende und abweichende Angaben zu Ziffer 1)

Familienname: _____ Straße, Nr.: _____

Vorname: _____ PLZ: _____

Geburtsdatum: _____ Ort: _____

Geburtsort: _____ Telefon: _____

Geburtsname: _____ Fax: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers Staatsangehörigkeit _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden, seit: _____
☐ getrennt lebend, seit: _____

Ausweisdokument (bitte **Ausweiskopie beifügen**) ☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ Aufenthaltstitel ☐ Fiktionsbescheinigung

In Deutschland lebend seit Geburt: ☐ ja ☐ nein, falls nicht von Geburt, Jahr des Zuzuges: _____

Vormund/Betreuer ☐ nein ☐ beantragt ☐ ja, wenn ja **bitte Adresse des Vormundes/Betreuers angeben und Bestellsurkunde beifügen**

3 Weitere Personen in der Wohnung/Unterkunft (Mitbewohner)?

	Mitbewohner Nr. 1	Mitbewohner Nr. 2	Mitbewohner Nr. 3	Mitbewohner Nr. 4
Familienname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit				
Verwandtschaft/Beziehung zum Antragssteller				
Ausgeübte Tätigkeit				
Jahreseinkommen über 100.000 €?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Bei weiteren Mitbewohnern bitte Extrablatt verwenden!

4 Angehörige außerhalb der Wohnung/Unterkunft?

(z.B. Eltern, Kinder, getrennt lebende/geschiedene Ehegatten/Lebenspartner/in)

	Mitbewohner Nr. 1	Mitbewohner Nr. 2	Mitbewohner Nr. 3	Mitbewohner Nr. 4
Familienname				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit				
Straße, Nr. PLZ/Wohnort				
Verwandschaft/ Beziehung zum Antragssteller				
Ausgeübte Tätigkeit				
Jahreseinkommen über 100.000 €?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

5 Mehrbedarf § 30 SGB XII

1. Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte ärztliches Gutachten oder Rentenbescheid beilegen! nein ja, und zwar
2. Ist eine der unter 1.-3. eingetragenen Personen schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterpass/ein ärztliches Attest beifügen! nein ja, und zwar
3. Benötigt eine der unter 1.-3. eingetragene Person eine kostenaufwendige Ernährung? Wenn ja, bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen! (mit Begründung) nein ja, und zwar
4. Wird das Warmwasser durch eine in Ihrer Unterkunft installierte Vorrichtung erzeugt (dezentrale Warmwassererzeugung z. B. durch elektrischen Boiler)? nein ja, und zwar
5. Wurde bei einer der unter 1. (Häusliche Verhältnisse) eingetragenen Personen eine Schwerbehinderung festgestellt und das Merkzeichen "G" oder "aG" erteilt? Wenn ja, bitte den Bescheid nach § 69 Abs. 4 SGB IX der zuständigen Behörde oder den Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX beifügen! nein ja, und zwar

6 Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

(Angaben zu Antragssteller, Ehegatte/Partner und minderjährigen Kindern – bitte letzte Beitragsrechnung beifügen)

Krankenversicherungsschutz	☐ nein, letzte Mitgliedschaft bei: _____ bis _____ ☐ ja Mitgliedschaft bei: _____ seit: _____
Art der Mitgliedschaft	☐ Pflichtversicherung (Auszubildender, Arbeitnehmer, Arbeitslosengeldempfänger, Rentner...) ☐ freiwillige Versicherung ☐ Familienversicherung ☐ private Versicherung
Abweichende Krankenversicherung bei Ehegatte/Partner/Kinder?	☐ nein, ☐ ja Person: _____ bei: _____
Besteht ein Beihilfeanspruch	☐ nein, ☐ ja bei: _____
Private Zusatzversicherung für den Krankheitsfall?	☐ nein, ☐ ja bei: _____

7.1 Einkommensverhältnisse (bitte Nachweise entsprechend den Angaben beilegen)

Art des Einkommens:	Leistungs- empfänger:	Ehepartner/ Lebensge- fährte(in)/ Lebens- partner(in):	01 Kind / Haushalts- angehöriger:	02 Kind / Haushalts- angehöriger:	03 Kind / Haushalts- angehöriger:	04 Kind / Haushalts- angehöriger:
Arbeitseinkommen:						
Arbeitslosengeld/ Bürgergeld						
Altersrente:						
Witwen-/Witwerrente:						
EM-Rente:						
Grundrente:						
Betriebsrente:						
sonstige Rente:						
Kindergeld:						
Weitergabe an das Kind?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Taschengeld:						
Miet- bzw. Pachteinnahmen:						
Wohngeld/ Lastenzuschuss:						
Werkstattlohn in der Werkstätte:						
Familiengeld/ Elterngeld:						
Freie Kost/Wohnung/ Heizung/Naturalien:						
Sonstiges Einkommen:						
Kein Einkommen:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.2 Absetzbare Beträge (bitte entsprechende Nachweise - z.B. Fahrkarte, letzte Beitragsrechnung - beifügen)

	mtl./€	mtl./€	mtl./€	mtl./€	mtl./€	mtl./€
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle:						
Aufwendungen Arbeitsmittel						
Beitrag VdK/ Berufsverbände						
Haftpflichtversicherung						
Hausrat-/Einbruch-diebstahl-/Feuer-/Wasserschaden-/Glasbruchvers.						
Altersvorsorgeversicherung						
Unfallversicherung						
Krankenversicherung						
Lebens-/ Sterbegeldvers.						

8 Vermögensverhältnisse / Ansprüche gegenüber Dritter

(Angaben zu Antragsteller, Ehegatte/Partner und minderjährigen Kindern)

Bitte entsprechende Nachweise, z.B. Kontoauszüge der letzten drei Monate, Sparbücher, relevante Teile von Versicherungspolice usw. beifügen! (werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten (§ 67 Abs. 12 SGB X) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben)

	Leistungs-empfänger:	Ehepartner/ Lebensge-fährte(in)/ Lebens-partner(in):	01 Kind / Haushalts-angehöriger:	02 Kind / Haushalts-angehöriger:	03 Kind / Haushalts-angehöriger:	04 Kind / Haushalts-angehöriger:
Bargeld:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wert:	€	€	€	€	€	€
Bankkonten, Bausparverträge usw.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Konten/ Verträge:	Konten	Konten	Konten	Konten	Konten	Konten
Wert aller Guthaben gesamt	€	€	€	€	€	€
Sonstige Kontoguthaben (z.B. Onlinekonten wie „PayPal“)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wertpapiere, Aktien, Fonds usw.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Anlagen:	Anlagen	Anlagen	Anlagen	Anlagen	Anlagen	Anlagen
Wert aller Anlagen gesamt:	€	€	€	€	€	€
Lebens-, Sterbegeld-, Renten-, Ausbildungs-, Aussteuervers.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Verträge:	Verträge	Verträge	Verträge	Verträge	Verträge	Verträge
Rückkaufswerte aller Verträge	€	€	€	€	€	€

Haus-, Grundeigentum	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Häuser / Wohnungen / Fläche bebaute Grundstücke	/	/	/	/	/	/
Fläche unbebaute Grundstücke	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
(geschätzte) Verkehrswerte:	€	€	€	€	€	€
(Kraft-) Fahrzeug(e)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anzahl Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge	Fahrzeuge
Forderungen, Ansprüche gegen Dritte	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wert Forderungen/ Ansprüche	€	€	€	€	€	€
sonst. Vermögen (wertvolle Möbel, Geräte, Hausrat-gegenstände, Münzen, Schmuck, Bücher, Sammlungen usw.)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Art des Vermögens:						
Wert des Vermögens:	€	€	€	€	€	€
Sonstiges Vermögen im Inland und/oder Ausland	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Kein Vermögen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wurden Vermögenswerte (z.B. Haus, Grundstück, Geld, Konten, Wertpapiere, Kapitalverträge usw.) in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung veräußert, übertragen oder verschenkt?	☐ nein ☐ ja, ohne schriftlichen Vertrag ☐ ja, siehe beiliegende Urkunde	☐ nein ☐ ja, ohne schriftlichen Vertrag ☐ ja, siehe beiliegende Urkunde	☐ nein ☐ ja, ohne schriftlichen Vertrag ☐ ja, siehe beiliegende Urkunde	☐ nein ☐ ja, ohne schriftlichen Vertrag ☐ ja, siehe beiliegende Urkunde	☐ nein ☐ ja, ohne schriftlichen Vertrag ☐ ja, siehe beiliegende Urkunde	☐ nein ☐ ja, ohne schriftlichen Vertrag ☐ ja, siehe beiliegende Urkunde
Zeitpunkt bzw. Jahr / Wert	/ €	/ €	/ €	/ €	/ €	/ €

9 Vorrangige Ansprüche

1. Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§ 94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner usw.				
Pflichtiger	1	2	3	4
Familienname				
Vorname/n				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis				
Straße, Hausnr. PLZ, Wohnort				
Höhe der lfd. Unterhaltszahlung in €				
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht? Wenn ja, wo? Bitte Unterhaltstitel (z.B. Urteil...) beifügen	☐ nein ☐ ja, und zwar:	☐ nein ☐ ja, und zwar:	☐ nein ☐ ja, und zwar:	☐ nein ☐ ja, und zwar:

2. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§§ 102 ff. SGB X, § 74 EStG)				
Art der Leistung	nein	ja	Antragsdatum	Für wen und wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen?
Kindergeld	☐	☐		
Unterhaltsvorschuss	☐	☐		
Rente	☐	☐		
Krankengeld	☐	☐		
Arbeitslosengeld	☐	☐		
Bürgergeld	☐	☐		
Wohngeld	☐	☐		
Sonst. Leistungen	☐	☐		
Sonst. Leistungen	☐	☐		

3. Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII, §§ 115 und 116 SGB X)

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung)?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?

10 Kosten der Unterkunft / Wohnverhältnisse

Anzahl der Personen in der Wohnung	Person(en)
Art der Wohnung/ Nutzung	☐ Miete ☐ Untermiete ☐ Eigentum (Wohnung/Haus) ☐ Mietfrei/Wohnrecht
Größe und Ausstattung der Wohnung/ Zahl der Räume	☐ Küche(n) Bad/Dusche WC sonstige Zimmer Wohnfläche: m ² Garage(n) Stellplatz
Miete/Unterkunftskosten (bei selbst bewohntem Haus-/ Wohnungseigentum ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!)	Kalt-/Grundmiete mtl. € Nebenkosten/Betriebskosten mtl. € ☐ inkl. Heizkosten (Pauschale/Vorauszahlung) Heizkosten mtl. € ☐ inkl. Warmwasser (Vorauszahlung) Sonstige Kosten mtl. _____ € Gesamtkosten mtl. _____ €
Die Miet-/ Unterkunftskosten beinhalten auch Kosten für:	Warmwasseraufbereitung ☐ nein ☐ ja € Kochfeuerung ☐ nein ☐ ja € Haushaltsstrom ☐ nein ☐ ja € Voll-/Teilmöblierung ☐ nein ☐ ja €
Art der Beheizung	☐ Öl ☐ Gas ☐ Holz/Kohle ☐ Strom
Einnahmen aus Untervermietung?	☐ nein ☐ ja Leerzimmer ☐ möbl. Zimmer ☐ möbl. Wohnung ☐ Garage
Wohngeld? (Mietzuschuss/ Lastenzuschuss)	nein ja, mtl. € ☐ beantragt
Miete für Antragsmonat bezahlt?	nein ja
Bestehen Mietschulden?	nein ja, und zwar €

11 Sonstiges

 Wurde bereits früher Sozialhilfe/ Grundsicherung bezogen?	☐ nein ☐ ja bis: von:
 Erfolgte in den letzten 3 Monaten • ein Umzug • eine Einreise aus dem Ausland • eine Entlassung aus ○ einer stationären Einrichtung ○ einem Frauenhaus ○ einem betreuten Wohnen ○ einer Pflegestelle bei Minderjährigen	☐ nein ☐ ja am: von (Ort): ☐ nein ☐ ja am: von (Land): ☐ nein ☐ ja am: von (Einrichtung):
 Bestehen noch (ungeklärte) Ansprüche/ Rechte gegen Dritte? (z.B. Unfall, Krankheit, Schadensersatz, Unterhalt, Übergabe-/Vertrag, Renten, Erbschaft, Pflichtteil/ Vermächtnis usw.)	nein ja, gegen wegen ja, gegen wegen € €

12 Bankverbindung

Konto-inhaber																				
IBAN	D	E																		
BIC																				
Geld-institut																				

13 Antragsbegründung

(Bitte geben Sie so präzise wie möglich an, warum Sie einen Leistungsanspruch geltend machen - ggf. verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt -)

14 Erklärung

Ich versichere, dass ich alle beiliegenden Merkblätter gelesen und verstanden habe.

Ich versichere, dass diese Angaben in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen und keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete im Rahmen der Gesetze auf sich überleitet.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die für die Hilfestellung notwendigen Daten gespeichert, verarbeitet und an beteiligte Stellen weitergegeben werden. Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Antrages verwendet. Die Behörden, Bankinstitute und Versicherungen ermächtige ich zur Auskunftserteilung über die Vermögensverhältnisse von mir und meinen im Haushalt lebenden, unterhaltsberechtigten Angehörigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungsempfängers/
gesetzlichen Vertreters

Merkblatt zum Sozialhilfeantrag

Tel.: 08342/911-0
www.ostallgaeu.de

Fax: 08342/911-563

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
Terminvereinbarung möglich

I. Hinweise zum Sozialhilfeantrag

Für den weiteren Verlauf der Hilfgewährung sollten Sie folgendes beachten:

1. Benötigte Hilfen sollten möglichst frühzeitig beantragt werden.

Die Antragstellung muss schriftlich erfolgen.

Zudem weisen wir Sie auf folgendes hin: Die Leistungen der Sozialhilfe - mit Ausnahme der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – setzen ein, sobald dem Träger der Sozialhilfeverwaltung oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen. Sollten Sie daher eine Notlage bereits durch eigenes Einkommen oder Vermögen bzw. durch Geldleistungen Dritter behoben haben, kann eine Berücksichtigung durch die Sozialhilfeverwaltung nicht mehr erfolgen.

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung setzen dagegen am Ersten des Monats ein, an dem der Antrag bei der Sozialhilfeverwaltung oder einer beauftragten Stelle eingeht.

Beantragen Sie daher Ihre Hilfen vorher.

2. **Vorsprachen sind nur nach vorheriger telefonischer Terminvereinbarung mit dem/der zuständigen Sachbearbeiter(in) möglich. Nach Terminabsprache stehen wir für ein Gespräch gerne zur Verfügung.**
3. Telefonate während der Parteiverkehrszeiten können aus datenschutzrechtlichen Gründen nur eingeschränkt behandelt werden.

Bitte legen Sie daher Ihre Telefongespräche außerhalb der oben angeführten Öffnungszeiten.

II. Information zur Mitwirkungspflicht des Antragstellers

Auszug aus dem 1. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB I)

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialhilfeleistungen 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.

§ 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, 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 nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

III:

Bestimmungen über den Kostenersatz nach Kapitel 13 des Sozialgesetzbuches XII (SGB XII)

1. Allgemein
2. Eine Verpflichtung zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe einschließlich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach diesem Gesetz besteht in den Fällen der §§ 102 bis 105; eine Verpflichtung zum Kostenersatz nach anderen Rechtsvorschriften bleibt unberührt.

§ 102 SGB XII - Kostenersatz durch Erben

- (1) Der Erbe der leistungsberechtigten Person oder dessen Ehegatte oder dessen Lebenspartner, falls dieser vor der leistungsberechtigten Person stirbt, ist zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe (mit Ausnahme der vor dem 1. Januar 1987 entstandenen Kosten der Tuberkulosehilfe und mit Ausnahme der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) verpflichtet. Die Ersatzpflicht besteht nur für die Kosten der Sozialhilfe, die innerhalb eines Zeitraumes von 10 Jahren vor dem Erbfall aufgewendet worden sind und die das Dreifache des Grundbetrages nach § 85 Abs.1 übersteigen. Die Ersatzpflicht des Erben des Ehegatten oder Lebenspartners besteht nicht für die Kosten der Sozialhilfe, die während des Getrenntlebens der Ehegatten oder Lebenspartner gewährt worden sind. Ist die leistungsberechtigte Person der Erbe ihres Ehegatten, so ist sie zum Ersatz der Kosten nach Satz 1 nicht verpflichtet.
- (2) Die Ersatzpflicht des Erben gehört zu den Nachlassverbindlichkeiten. Der Erbe haftet mit dem Wert des im Zeitpunkt des Erbfalles vorhandenen Nachlasses.
- (3) Der Anspruch auf Kostenersatz ist nicht geltend zu machen,
 1. soweit der Wert des Nachlasses unter dem Dreifachen des Grundbetrages nach § 85 Abs.1 liegt,
 2. soweit der Wert des Nachlasses unter dem Betrag von 15.340 Euro liegt, wenn der Erbe der Ehegatte oder Lebenspartner der leistungsberechtigten Person oder mit diesem verwandt ist und nicht nur vorübergehend bis zum Tode der leistungsberechtigten Person mit dieser in häuslicher Gemeinschaft gelebt und sie gepflegt hat,
 3. soweit die Inanspruchnahme des Erben nach der Besonderheit des Einzelfalles eine besondere Härte bedeuten würde.
- (4) Der Anspruch auf Kostenersatz erlischt in 3 Jahren nach dem Tode der leistungsberechtigten Person, ihres Ehegatten oder ihres Lebenspartners. § 103 Abs.3 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 103 SGB XII - Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten

- (1) Zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe ist verpflichtet, wer nach Vollendung des 18. Lebensjahres für sich oder andere durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten die Voraussetzungen für die Leistungen der Sozialhilfe herbeigeführt hat. Zum Kostenersatz ist auch verpflichtet, wer als leistungsberechtigte Person oder als deren Vertreter die Rechtswidrigkeit des der Leistung zu Grunde liegenden Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. Von der Heranziehung zum Kostenersatz kann abgesehen werden, soweit sie eine Härte bedeuten würde.

- (2) Eine nach Absatz 1 eingetretene Verpflichtung zum Ersatz der Kosten geht auf den Erben über.

§ 102 Abs.2 Satz 2 findet Anwendung.

- (3) Der Anspruch auf Kostenersatz erlischt in 3 Jahren vom Ablauf des Jahres an, in dem die Leistung erbracht worden ist. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß. Der Erhebung der Klage steht der Erlass eines Leistungsbescheides gleich.
- (4) Die §§ 44 bis 50 des SGB X bleiben unberührt. Zum Kostenersatz nach Absatz 1 und zur Erstattung derselben Kosten nach § 50 des SGB X Verpflichtete haften als Gesamtschuldner.

§ 104 SGB XII - Kostenersatz für zu Unrecht erbrachte Leistungen

Zum Ersatz der Kosten für zu Unrecht erbrachte Leistungen der Sozialhilfe ist in entsprechender Anwendung des § 103 verpflichtet, wer die Leistungen durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat. Zum Kostenersatz nach Satz 1 und zur Erstattung derselben Kosten nach § 50 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch Verpflichtete haften als Gesamtschuldner.

§ 105 SGB XII - Kostenersatz bei Doppelleistungen, nicht erstattungsfähige Unterkunftskosten

- (1) Hat ein vorrangig verpflichteter Leistungsträger in Unkenntnis der Leistung des Trägers der Sozialhilfe an die leistungsberechtigte Person geleistet, ist diese zur Herausgabe des Erlangten an den Träger der Sozialhilfe verpflichtet.
- (2) Von den bei der Leistung nach § 27 berücksichtigten Kosten der Unterkunft, mit Ausnahme der Kosten für Heizung und Warmwasserversorgung, unterliegen 56 vom Hundert nicht der Rückforderung. Satz 1 gilt nicht im Fall des § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X oder wenn neben der Hilfe zum Lebensunterhalt gleichzeitig Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz geleistet worden ist.

Notwendige Unterlagen zum Prüfungsbogen Grundsicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt

Tel.: 08342/911-0
Fax: 08342/911-563
E-Mail: sozialamt@lra-oal.bayern.de
Internet: www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten der Sozialen Verwaltung:

Montag, Mittwoch, Freitag: 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag: 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag: 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

Dem Prüfungsbogen sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Formular „Bankbescheinigung“ (von der Bank ausgefüllt)
2. Formular „Erklärung über vorhandene Konten“ vom Antragsteller (bzw. Betreuer) ausgefüllt
3. Vollständige und lückenlose Kontoauszüge der letzten drei Monate (in Kopie)

Bei Vorlage der Kontoauszüge dürfen bei Ausgaben (jedoch nicht bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung (nicht aber deren Höhe) geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zu eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

Falls Sie ein Onlinekonto wie z. B. „**PayPal**“) besitzen benötigen wir ebenfalls **die vollständigen und lückenlosen Kontoauszüge der letzten drei Monate (in Kopie)**

4. Schwerbehindertenausweis in Kopie (wenn dieser bisher nicht vorgelegt wurde oder sich während des Leistungsbezuges Änderungen ergeben haben, z. B. Merkzeichen, Grad der Behinderung oder Verlängerung)
5. Aktuelles ärztliches Attest über den Bedarf an kostenaufwändiger Ernährung (wenn dieses bisher nicht vorgelegt wurde bzw. wenn es älter als 12 Monate ist)
6. Aktuelle Lohnabrechnung der Behindertenwerkstätte (wenn Beschäftigungsverhältnis in einer Werkstätte vorhanden)
7. Aktuelle Rentenmitteilung (wenn im Rentenbezug)
8. Aktuelle Beitragsabrechnung der Krankenkasse (wenn Änderungen vorhanden)
9. Nebenkostenabrechnung vom Vorjahr (bei Mietverhältnis)
10. Aktuelle Nachweise über Hauslasten, z. B. Grundsteuer, Abfall, Wasser, Abwasser, Schornsteinfeger, Wohngebäudeversicherung, etc. (bei Eigenheim)

11. Aktuellen Mietvertrag in Kopie oder Formular „Mietbescheinigung“ von Ihrem Vermieter ausgefüllt (bei Mietverhältnis)
12. Nachweis über Versicherungen (z.B. aktuelle Beitragsabrechnung für Hausrat-, Haftpflichtversicherung, usw.)
13. Nachweis über die Beschaffung des Heizmaterials (falls Heizmaterial selbst beschafft werden muss – Nachweis vom Vorjahr, falls kein aktueller vorhanden ist)
14. Wohngeldbescheid in Kopie (wenn Wohngeld bezogen wird)



Landratsamt
Ostallgäu

Erklärung über vorhandene Konten Prüfungsbogen (vom Antragsteller selbst auszufüllen)

Landratsamt Ostallgäu
Sachgebiet 20 – Soziale Verwaltung
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0
Fax: 08342/911-563
E-Mail: sozialamt@lra-oal.bayern.de
Internet: www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten der Sozialen Verwaltung:

Montag, Mittwoch, Freitag: 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag: 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag: 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

Aktenzeichen:

Tag der Antragstellung:

Diese Erklärung ist für jedes Haushaltsmitglied gesondert auszufüllen!

1 Persönliche Angaben ☐ des Antragstellers ☐ des Ehegatten/Lebensgefährten/Partners

Familienname:

Straße, Nr.:

Vorname:

PLZ:

Geburtsdatum:

Ort:

2 Erklärung zu Bankverbindungen

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem Landratsamt Ostallgäu aufgrund meiner Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60 ff. SGB I sämtliche Auskünfte, die in Zusammenhang mit meinen Bankkonten stehen und für die Bearbeitung meines Leistungsantrages erforderlich sind, erteilt werden.

Maßgeblich sind meine Vermögensverhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung sowie Vermögensbewegungen in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung.

Bei folgenden Banken sind Konten vorhanden:

- 1.
- 2.
- 3.

Für jedes Bankinstitut ist eine Bankbestätigung vorzulegen (siehe Anhang)!

Sofern Vermögensverschiebungen innerhalb der letzten zwölf Monate vor Antragstellung stattgefunden haben, müssen diese ersichtlich sein. Größere Abhebungen und/oder Vermögensverfügungen bei den Vermögensanlagen während dieses Zeitraums sind unter Nachweis des Verwendungszwecks darzulegen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Angaben zum Vermögen über einen Datenabgleich mit dem Bundeszentralamt für Steuern entsprechend § 45d EStG überprüft werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters

Bankbescheinigung (von der Bank auszufüllen)

Herr / Frau

geb.

unterhält bei unser Bank:

Art des Kontos	IBAN / BIC oder Nummer	Kontostand	Zinssatz u. Zeitpunkt
Girokonto:			
Sparkonto:			
Sparbuch:			
Prämiensparvertrag:			
Ratensparvertrag:			
Genossenschafts- anteile:			
Bausparvertrag: (bitte unbedingt angeben, auch wenn Abschluss bei einer anderen Bausparkasse)			
Bundesschatz- brief/Festgeld:			
Wertpapierdepot:			
Sonstige (z. B. Einlagen, Darlehensverträge, etc.):			

Erfolgt innerhalb der letzten 12 Monate größere Kontobewegungen, -auflösungen,
-eröffnungen oder -umschreibungen (ab ca. 1.000 €)? **ja** **nein**

Wenn ja, Kontonummer, Datum und Beträge nachfolgend bestätigen:

Weitere Bankverbindungen sind uns bekannt: **ja** **nein**

Wenn ja, bei welcher Bank:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Bank

Bankbescheinigung (von der Bank auszufüllen)

Herr / Frau

geb.

unterhält bei unser Bank:

Art des Kontos	IBAN / BIC oder Nummer	Kontostand	Zinssatz u. Zeitpunkt
Girokonto:			
Sparkonto:			
Sparbuch:			
Prämiensparvertrag:			
Ratensparvertrag:			
Genossenschafts- anteile:			
Bausparvertrag: (bitte unbedingt angeben, auch wenn Abschluss bei einer anderen Bausparkasse)			
Bundesschatz- brief/Festgeld:			
Wertpapierdepot:			
Sonstige (z. B. Einlagen, Darlehensverträge, etc.):			

Erfolgt innerhalb der letzten 12 Monate größere Kontobewegungen, -auflösungen,
-eröffnungen oder -umschreibungen (ab ca. 1.000 €)? **ja** **nein**

Wenn ja, Kontonummer, Datum und Beträge nachfolgend bestätigen:

Weitere Bankverbindungen sind uns bekannt: **ja** **nein**

Wenn ja, bei welcher Bank:

Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift der Bank

Bankbescheinigung (von der Bank auszufüllen)

Herr / Frau

geb.

unterhält bei unser Bank:

Art des Kontos	IBAN / BIC oder Nummer	Kontostand	Zinssatz u. Zeitpunkt
Girokonto:			
Sparkonto:			
Sparbuch:			
Prämiensparvertrag:			
Ratensparvertrag:			
Genossenschafts- anteile:			
Bausparvertrag: (bitte unbedingt angeben, auch wenn Abschluss bei einer anderen Bausparkasse)			
Bundesschatz- brief/Festgeld:			
Wertpapierdepot:			
Sonstige (z. B. Einlagen, Darlehensverträge, etc.):			

Erfolgt innerhalb der letzten 12 Monate größere Kontobewegungen, -auflösungen,
-eröffnungen oder -umschreibungen (ab ca. 1.000 €)? **ja** **nein**

Wenn ja, Kontonummer, Datum und Beträge nachfolgend bestätigen:

Weitere Bankverbindungen sind uns bekannt: **ja** **nein**

Wenn ja, bei welcher Bank:

Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift der Bank

Mietbescheinigung

Landratsamt Ostallgäu
Sachgebiet 20
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0 Fax: 08342/911-563
E-Mail: sozialamt@lra-oal.bayern.de
Internet: www.ostallgaeu.de www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
Terminvereinbarung möglich

Anlage zum Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch

Mietbescheinigung

Diese Bescheinigung ist ausschließlich durch den Vermieter auszufüllen!

Herr/Frau

Name, Vorname des Mieters

Wohnungsanschrift

(PLZ, Ort, Straße und Hausnummer der Mietwohnung)

wohnt bei mir in	Miete	Untermiete seit	mit	weiteren Personen		
Die Mietwohnung		Küche(n)			m ²	
besteht aus		Wohnzimmer(n)			m ²	
		Schlafzimmer(n)			m ²	
		Sonstigen Wohnräumen			m ²	
		Nebenräumen			m ²	
					m ²	
		Räume insgesamt		m ²		
Ausstattung der Wohnung:	unmöbliert	teilmöbliert	vollmöbliert	ohne	mit Zentralheizung	Bad/Dusche
Die Wohnung wird:	nicht untervermietet	untervermietet	Untermieteinnahmen:			Jahr
Angaben über die Wohnung:	Die Wohnung wurde	frei finanziert	mit öffentlichen Mittel gefördert			
		Tag, Monat, Jahr				
	Die Wohnung wurde am	erstmalig bezugsfertig.				
		Tag, Monat, Jahr				
Die monatliche Nettomiete beträgt ab/seit					€	
Hinzu kommen als Entgelt	Monatliches Wassergeld				€	
für Nebenleistungen (diese bitte unbedingt detailliert auflisten)!	Müllabfuhr				€	
	Kaminkehrer				€	

Kanalgebühr		€
Reinigungsgebühren lt. Hausordnung		€
Antennengebühr/Kabelanschluss		€
* Heizungs pauschale mit Warmwasser	oder	€
* Heizungs pauschale ohne Warmwasser		€
Garage		€
Kosten der Möblierung		€
Sonstiges		€
Zusammen:		€

Die Angaben entsprechen der Wahrheit.

Ort, Datum

Unterschrift Vermieter
(ggf. Firmenstempel)



Erklärung über ausländisches Grundvermögen

Landratsamt Ostallgäu
Sachgebiet 20
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0
www.ostallgaeu.de

Fax: 08342/911-563

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

Aktenzeichen 20-

Tag der Antragstellung

1 Persönliche Angaben zum Antragsteller

Familienname	Straße, Nr.
Vorname	PLZ
Geburtsdatum	Ort
Geburtsort	Telefon
Geburtsname	Fax
Geschlecht männlich weiblich divers	E-Mail

2 Angaben zum Ehegatten

Familienname	Straße, Nr.
Vorname	PLZ
Geburtsdatum	Ort
Geburtsort	Telefon
Geburtsname	Fax
Geschlecht männlich weiblich divers	E-Mail

Ich/Wir verfüge/n im Ausland über Grund- und Hausvermögen

Antragsteller

Ehegatte

Ja nein

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte

Falls eine Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, bitte die nachstehenden weiteren Fragen beantworten.

Genaue Anschrift des
Grundstücks/Land/Region:

1. Wie groß ist das Grundstück?
2. Welche Grundfläche hat das Haus?
3. Wie viele abgeschlossene Wohneinheiten hat das Haus?
4. Sind Sie alleiniger Eigentümer des Hauses mit allen Wohneinheiten?
5. Wie viel Quadratmeter Wohnfläche hat die Wohnung/ das Haus?
6. Wie viele Stockwerke hat das Haus?
(Keller/Erdgeschoss/Stockwerke/Dachboden)
7. Geschätzter Wert des Hauses/Grundstücks in EURO?
8. Bitte fügen Sie amtliche Nachweise bei
(z.B. notarielle Urkunde, Kaufvertrag, TAPU-Urkunde)

Bitte beantworten Sie uns diese Fragen sorgfältig, damit ein möglichst genauer Eindruck der im Ausland befindlichen Immobilie entstehen kann. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.
Benutzen Sie bitte, falls nötig, ein gesondertes Beiblatt.



Landratsamt Ostallgäu
Sachgebiet 20
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0
www.ostallgaeu.de

Fax: 08342/911-563

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
Terminvereinbarung möglich

Ärztliches Attest für die Berücksichtigung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

für eine Krankenkostzulage nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) bzw. im Rahmen der Kriegsopferfürsorge.

1. Herrn/Frau geb.
wohnhaft in Str. Nr.
ist wegen
(genaue Krankheitsbezeichnung)
seit dem in meiner Behandlung und benötigt
keine Krankenkostzulage
eine Krankenkostzulage

2. Berücksichtigte Kostform:
Die folgende Aufstellung bezeichnet die Kostform im Einzelnen und nennt die Erkrankungen, für die die Gewährung eines Mehrbedarfs empfohlen wird.

Art der Krankenkost

Krankenkost/Kostform

Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung

Dialysediät

Zöliakie/Sprue (Durchfallerkrankung bedingt durch Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß)

Glutenfreie Kost

3. Ein krankheitsbedingter Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung ist bei folgenden Krankheiten in der Regel nur **bei schweren Verläufen** oder dem Vorliegen **besonderer Umstände**, z.B. bei gestörter Nährstoffaufnahme zu bejahen:

ZUSÄTZLICH muss mindestens jeweils ein Kriterium phänotypischer und ätiologischer Natur gem. GLIM-Kriterien erfüllt sein (s. Rückseite)

erfüllt

nicht erfüllt

Art der Krankenkost

Colitis ulcerosa (mit Geschwürbildungen einhergehende Erkrankung der Dickdarmschleimhaut)
HIV-Infektion/AIDS

fortschreitendes/fortgeschrittenes Krebsleiden (bösartiger Tumor)

Morbus Crohn (Erkrankung des Magen-Darmtrakts mit Neigung zur Bildung von Fisteln und Verengungen)

Multiple Sklerose (degenerative Erkrankung des zentralen Nervensystems, häufig schubweise verlaufend)

4. Nach dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin ist bei folgenden Erkrankungen regelmäßig eine „Vollkost“ ausreichend und damit **keine** Krankenkostzulage erforderlich:
- a) Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfette)
 - b) Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut)
 - c) Gicht (Erkrankung durch Harnsäureablagerungen)
 - d) Hypertonie (Bluthochdruck)
 - e) kardinale und renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- oder Nierenerkrankungen)
 - f) Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit - Typ II und Typ I, konventionell und intensiviert konventionell behandelt)
 - g) Ulcus duodeni (Geschwür am Zwölffingerdarm)
 - h) Ulcus ventriculi (Magengeschwür)
 - i) Neurodermitis (Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten auf genetischer Basis)
 - j) Leberinsuffizienz.

Obwohl die festgestellte Krankheit nicht unter Ziffer 2 und 3 aufgeführt ist und deshalb grundsätzlich keine Krankenkostzulage in Frage kommt, sollte dennoch ausnahmsweise ein Mehrbedarf gewährt werden (bitte **detaillierte Angaben auf einem Extrablatt** zur Einholung einer Stellungnahme im Einzelfall durch das staatliche Gesundheitsamt).

JA

NEIN

5. Die Krankheitszulage ist für _____ Monate erforderlich.
(in der Regel nicht länger als 12 Monate!)

Unterschrift-Stempel

Ort, Datum

GLIM-Kriterien zur Diagnostik einer Mangelernährung:

Phänotypische Kriterien:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 % innerhalb der letzten sechs Monate oder > 10 % über sechs Monate)
- Niedriger Body-Mass-Index (< 20, wenn < 70 Jahre alt, oder < 22 wenn > 70 Jahre alt)
- Reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung)

Ätiologische Kriterien:

- Geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation (< 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche oder jede Reduktion für > 2 Wochen oder jede andere chronische gastrointestinale Kondition, welche die Nahrungsassimilation oder Absorption über Wochen beeinträchtigt)
- Krankheitsschwere/Inflammation

Fragebogen für ein vorhandenes Kraftfahrzeug



Tel.: 08342/911-444 Fax: 08342/911-563
www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

Aktenzeichen **20-**

1 Leistungen für

Familienname	Straße, Nr.
Vorname	PLZ
Geburtsdatum	Ort

Ich mache im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht gem. §§ 60 ff. SGB I folgende Angaben:

Aus folgenden Gründen halte ich das Fahrzeug:

Kennzeichen: _____

Bitte entnehmen Sie Ihrem Fahrzeugschein die 4 Zahlen der Hersteller- Schlüsselnummer (im Schein unter zu 2 = HSN) sowie die ersten 3 Zahlen der Typ-Schlüsselnummer (zu 3 = TSN).

HSN					TSN				
Fahrzeugmarke (z.B. Volkswagen)	Fahrzeugtyp (z.B. Passat 1.9 TDI)		Karosserie (Komi/Lim./Geländew.)		Erstzulassung (z.B. 10/1995)		Kilometerstand (z.B. 65.329 km)		
Treibstoffart (Benzin/Diesel)	Anzahl Türen		KW (z.B. 100)		Farbe (z.B. schwarz)		Zahl der Vorbesitzer (z.B. 2)		

Vorhandene/s Ausstattung/Zubehör bitte ankreuzen

ABS
Alufelgen
Automatikschaltung
Elektrische Spiegel
Klimaautomatik
Radio/Cassette
Sitzheizung
Traktionskontrolle
Zentralverriegelung
Allrad
Beifahrer-Airbag
Elektrische Sitzverstellung

Airbag
Anhängerkupplung
Dachträger
Garantie
Leder Ausstattung
Schiebedach
Sportausstattung
Tuning
Unfallfrei
Klima
Nebelscheinwerfer
Servolenkung

Alarmanlage
Behindertengerecht
Elektrische Fensterheber
Katalysator
Navigationssystem
Seitenairbags
Teilbare Rücksitzbank
Wegfahrsperre
Metalliclackierung
Tempomat
Winterreifen

Folgende Kosten fallen für das Fahrzeug jährlich an (Angaben in €):

KFZ-Haftpflicht-Versich.	Vollkasko-Versicherung	Teilkasko-Versicherung	KFZ-Steuer
Inspektionskosten	Benzingeld	Sonstiges (Bitte ausführen)	

Aus folgenden Mitteln bestreite ich die anfallenden Kosten für das Fahrzeug:

PLZ, Ort, Datum

Unterschrift



Landratsamt
Ostallgäu

Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten:

Landratsamt Ostallgäu
Sachgebiet 20
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0
www.ostallgaeu.de

Fax: 08342/911-563

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

Aktenzeichen **20-**

Tag der Antragstellung

Erklärung zum Sozialhilfeantrag

1 Persönliche Angaben zum Antragsteller

Familienname	Straße, Nr.
Vorname	PLZ
Geburtsdatum	Ort
Geburtsort	Telefon
Geburtsname	Fax
Geschlecht männlich weiblich divers	E-Mail

2 Persönliche Angaben zum Ehegatten

Familienname	Straße, Nr.
Vorname	PLZ
Geburtsdatum	Ort
Geburtsort	Telefon
Geburtsname	Fax
Geschlecht männlich weiblich divers	E-Mail

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich nichts wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen bzw. übergeleitet werden und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld I, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich **jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit** vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) **unverzüglich und unaufgefordert** der Sozialhilfeverwaltung mitzuteilen habe. Die **Aufnahme jeder Arbeit**, auch von Gelegenheitsarbeiten, werde ich vor Beginn der Arbeit **ebenfalls sofort anzeigen**.

Auslandsaufenthalt:

Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr im Inland keine Leistungen erhalten.

Daher sind geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr ist konkret nachzuweisen, z.B. durch Vorlage von Reisedokumenten, Fahrplänen, Tankbelegen o. ä. Ohne derartige Nachweise können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

Ich versicherte, dass ich geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen.

Kostenersatzpflicht:

Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach dem 13. Kapitel Sozialgesetzbuch XII wurde ich hingewiesen, da diese dem Sozialhilfeantrag beigelegt waren. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird dieses beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs.2 KFÜrsV erteilt.

Ich erteile hiermit folgende Ermächtigungen, soweit die benötigten Auskünfte für die Hilfe erforderlich sind:

1. Die Träger der Sozialhilfe ermächtige ich hiermit Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten habe.
2. Den behandelnden Arzt, die Kliniken und ärztlichen Gutachter entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Die Behörden, Versicherungen und Bankinstitute ermächtige und beauftrage ich zur Auskunfterteilung über meine Vermögensverhältnisse und die meiner im Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Angehörigen.
4. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Hinweis: Von dieser Ermächtigung wird nur dann Gebrauch gemacht, wenn dies zur Erforschung des Sachverhalts zwingend erforderlich ist, d.h. wenn keine anderen weniger eingreifenden Ermittlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn trotz Mahnung keine Bereitschaft besteht, die notwendigen Nachweise selbst vorzulegen oder wenn wesentliche Unstimmigkeiten in den vorgelegten Unterlagen nicht anders aufgeklärt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufnehmenden

Unterschrift des Antragstellers
bzw. des gesetzlichen Vertreters (z.B. Betreuer)

Unterschrift des Ehegatten

Freiwillige Krankenversicherung

Info-Blatt



Tel.: 08342/911-0
www.ostallgaeu.de

Fax: 08342/911-551

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
Terminvereinbarung möglich

Freiwillige Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung sind nach den individuellen Einkünften festzusetzen. Einkünfte im Sinne dieser gesetzlichen Regelung sind auch Leistungen der Sozialhilfe. Sie sind verpflichtet, sämtliche Einkünfte (auch die erhaltene Sozialhilfe) selbstständig Ihrer Krankenkasse zu melden.

Um dieses Verfahren bzw. Erfordernis zu vereinfachen, wurde zwischen den Krankenkassen und den Sozialhilfeverwaltungen ein verkürztes Meldeverfahren vereinbart. Hierbei teilen wir Ihrer Krankenkasse jeweils zu Beginn der Hilfestellung und dann jeweils zum 01.07. eines jeden Kalenderjahres, die Ihnen nach dem III. bzw. IV. Kapitel des SGB XII gewährten Leistungen mit.

Wir bitten Sie daher, mittels der rückseitigen Erklärung Ihre Zustimmung zu erteilen.

Wichtiger Hinweis:

Für den Fall, dass Sie mit der zuvor beschriebenen Verfahrensweise nicht einverstanden sind, machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Sie im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht (§ 60 ff. SGB I) verpflichtet sind, diese Änderungen selbst Ihrer Krankenkasse mitzuteilen. Beitragsnachzahlungen die dadurch entstehen, dass Sie Ihrer Verpflichtung gegenüber Ihrer Krankenkasse nicht nachkommen können in diesem Fall von hier nicht übernommen werden.

Erklärung Freiwillige Krankenversicherung



Landratsamt Ostallgäu
-Sozialhilfeverwaltung-
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0
www.ostallgaeu.de

Fax: 08342/911-563

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
Terminvereinbarung möglich

Persönliche Daten

Familienname

Straße,
Nr.

Vorname

PLZ

Geburtsdatum

Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Sozialhilfeverwaltung bis auf weiteres die zur Festsetzung der Krankenkassenbeiträge benötigten Daten (Sozialhilfebescheid mit Berechnungsgrundlagen oder inhaltsgleiche Angaben) an meine Krankenkasse weiterleitet.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligungserklärung gegenüber der Sozialhilfeverwaltung jederzeit widerrufen kann. Hierzu genügt eine einfache schriftliche Mitteilung.

Ort, Datum

Unterschrift

Übersicht Tafeln und Gebrauchtkleidermärkte



Tel.: 08342/911-0

Fax: 08342/911-551
www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
Terminvereinbarung möglich

Tafeln und Gebrauchtkleidermärkte im Landkreis Ostallgäu und der Stadt Kaufbeuren (Stand 17.09.2025)

Aktuelle Adressdaten, Ansprechpartner und Öffnungszeiten finden Sie immer im Sozialportal des Landkreises Ostallgäu unter:
www.sozialportal-ostallgaeu.de

Einrichtung Tafeln	Anschrift	Kontakt	Öffnungszeiten	Sonstige Bedingungen
Tafel Buchloe*	Heideweg 2 (ehem. Aussiedlerwohnheim) 86807 Buchloe	Barbara Gabrys, Tel. 08241-960500 Karl-Heinz Kühn, Tel. 08241-90183	donnerstags (außer an Feiertagen) von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr Neuanmeldungen Donnerstags (außer Feiertage) 12:00 – 13:00 Uhr	Abgabe an Sozialhilfeempfänger, Bürgergeld-Empfänger oder andere Personen in finanzieller Notlage (auf Nachweis) Symbolbetrag 1,50 € pro Haushalt
Tafel Marktoberdorf*	Schützenstraße 4 (hinter Metzgerei Boneberger) 87616 Marktoberdorf	TEL: 08342/9619-0 (Caritas Marktoberdorf)	donnerstags von 15.30-17.00 Uhr	Abgabe an Sozialhilfeempfänger, Bürgergeld-Empfänger oder andere Personen in finanzieller Notlage (auf Nachweis) Symbolbetrag pro Volljährigem 2 €
Tafel Füssen*	Rupprechtstraße 8 ½ (Hinterhaus) 87629 Füssen	Gaby Müller Tel: 08342 96190 www.fuessener-tafel.de	donnerstags von 14:00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr Fällt der Donnerstag auf einen Feiertag, so öffnet die Tafel am darauffolgenden Tag (Freitag)	Abgabe an Sozialhilfeempfänger, Bürgergeld-Empfänger oder andere Personen in finanzieller Notlage (auf Nachweis) Symbolbetrag pro Volljährigem 1 €

Kaufbeurer Tafel – „Ausgabestelle Kaufbeuren “	Äußere Buchleuthenstraße 6 Bei Parkhaus Süd 87600 Kaufbeuren	Gertrud Sauter Tel: 0174 5867422	Donnerstag 17.00 Uhr bis 18.30 Uhr	Gratis Lebensmittel für Bedürftige Menschen, die Sozialhilfe oder Bürgergeld beziehen.
Kaufbeurer Tafel – „Ausgabe Neugablonz “	Sudetenstraße 52 Bei V-Markt 87600 Kaufbeuren-Neugablonz	Gertrud Sauter Tel: 0174 5867422	Montag 17.00 bis 18.30 Uhr	Gratis Lebensmittel für Bedürftige Menschen, die Sozialhilfe oder Bürgergeld beziehen.
Kleidermärkte:				
Buchloer Kleidertruhe	Heideweg 4, 1. Stock 86807 Buchloe	Jakob Seidl, Tel. 0176 20310055	Verkauf: Donnerstags von 14.00 – 17:30 Uhr (außer Feiertage) Annahme Montag 16.30 – 18.00 Uhr (außer Feiertage)	Das Angebot umfasst derzeit: Damen-, Herren-, Kinder- und Babybekleidung, Schuhe, Bett- und Tischwäsche, Handtücher, Taschen
BRK Kleiderladen „Gutes aus zweiter Hand“	Salzstraße 8 87616 Marktoberdorf	Ute Nägele Tel 08342 9669-10 Renate Dantinger Tel 08342 9669-34	Donnerstag 9.00 – 12.00 Uhr 15.00 – 18.00 Uhr Freitag 9.00 – 12.00 Uhr 15.00 – 18.00 Uhr Samstag 9.00 – 12.00 Uhr	Damen-, Herren- u. Kinderoberbekleidung jeder Art zu günstigen Preisen. Das Angebot ist für die gesamte Bevölkerung. Hilfsbedürftige Menschen und deren Familien erhalten auf ohnehin günstige Preise deutliche Rabatte.

Second Hand Kleiderkiste Füssen	Im Ärztehaus (altes Landratsamt) Augsburgerstraße 15 87629 Füssen	Tel: 0179 5037157	Jeden Mittwoch 14.00 – 17.00 Uhr	Damen-, Herren- und Kinderoberbekleidung und Wäsche jeder Art zu günstigen Preisen.
BRK Kleiderladen „Gutes aus zweiter Hand“	Münzhalde 5 87600 Kaufbeuren	Tel 08342 9669-0	Do und Fr 10:00 – 13:00 Uhr und 15:00 – 18:00 Uhr Sa. 10:00 – 13:00 Uhr	Damen-, Herren- u. Kinderoberbekleidung jeder Art zu günstigen Preisen. Das Angebot ist für die gesamte Bevölkerung. Hilfsbedürftige Menschen und deren Familien erhalten auf ohnehin günstige Preise deutliche Rabatte.
Kleiderkammer der Dreifaltigkeitskirche Kaufbeuren	Ludwigstraße 49 87600 Kaufbeuren	Tel. 08341 / 95180 (Pfarramt)	Di.: 9:00 – 12:00Uhr Do.: 14:00 – 17:00Uhr	

Kath.Verband für Soziale Dienste (SKM)	Innere Buchleuthenstraße 14 87600 Kaufbeuren	Tel 08341 26346		
Aus zweiter Hand KINDERKLEIDUNG	Ganghoferstraße 32 87600 Kaufbeuren	Tel. 08341 9603214	Mi, Fr, Sa 9 – 12 Uhr Do 9 – 12 Uhr und 15 – 18 Uhr	
Family Store Kaufbeuren	Hüttenstraße 10 87600 Kaufbeuren-Neugablonz	Tel 0176 86092634 Tel 08341 9728093	Mo – Fr. 10 – 12 Uhr und 14 – 18 Uhr Samstag 10 – 14 Uhr	