



Wir sind für Sie da: 06441-99 5041

Internet: www.wetzlar.de
 E-Mail: grundsicherung@wetzlar.de oder sozialamt@wetzlar.de

Antrag ausgehändigt/versandt: _____

Folgende Leistungen werden beantragt:	
<input type="radio"/> Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="radio"/> BTHG Grundsicherung / HLU
<input type="radio"/> Leistungen der Grundsicherung	
<input type="radio"/> Hilfe in anderen Lebenslagen, und zwar	
<input type="radio"/> eine einmalige Leistung, und zwar	

Nachfragende Person: (Antragsteller/in)	
Name, ggf. Geburtsname	Vorname
Anschrift	Telefon
E-Mailadresse	Faxnummer

abweichende/r Bescheidempfangler /in: (bitte Betreuerausweis bzw. Vollmacht beifügen)	
Name	Vorname
Anschrift	Telefon
E-Mailadresse	Faxnummer

Bankverbindung der nachfragenden Person: (bitte Kontoauszüge der letzten drei Monate beifügen)	
IBAN:	BIC:
Kontoinhaber:	Name der Bank:

Vorgelegte, gültige Ausweispapiere: siehe Anlagen.

Von der Sachbearbeitung auszufüllen		
zuständige Sachbearbeitung:	Aktenzeichen:	Leistung gültig ab:
Antrag erhalten und geprüft	Datum:	Unterschrift:
Antrag erfasst	Datum:	Unterschrift:
Vermerke der Sachbearbeitung:		Antrag gegengeprüft / Handzeichen

Persönliche Verhältnisse	nachfragende Person	Partner/in
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort / Land		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____ <input type="checkbox"/> getr. lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____ <input type="checkbox"/> getr. lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____

Krankenversicherung: (Bitte Nachweise beifügen)		
Name der Kranken- / Pflegekasse:		
KV-Nummer des Versicherten:		
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei: _____	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert bei: _____

Pflegeversicherung:		
Erhalten Sie Pflegegeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welchen Pflegegrad? (bitte Bescheid beifügen)		

Voll- oder teilstationäre Unterbringung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Schwerbehindertenausweis mit Merkmal „G“ vor? (ggf. Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt Erwerbsfähigkeit vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistung ambulantes betreutes Wohnen (ggf. Bescheid LWV beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausland	nachfragende Person	Partner/in
Einreise am:		
Einreise von:		
Ausgeübte Tätigkeit:		

Einkommensverhältnisse	nachfrag. Person	Partner/in
Da der Träger der Sozialhilfe am Rentenversicherungsauskunftsverfahren teilnimmt, wird bei Bezug von Renten die vollständige Rentenversicherungsnummer benötigt. Entsprechende Nachweise bitte beifügen!		
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung Bitte aktuellen Rentenbescheid und Erstbescheid beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Sonstige Renten (z. B. Auslandsrente, Betriebsrente, etc.) Bitte Rentenbescheid beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Kindergeld Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Unterhalt, Unterhaltsvorschussgeld Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Unterhaltsgeld, BAföG Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Kranken- oder Übergangsgeld Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Leistungen nach SGB II oder SGB III (Arbeitslosengeld) Bitte Bescheid der Agentur für Arbeit / Jobcenter Lahn-Dill beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Einkommen aus selbständiger Arbeit Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Sonstiges Einkommen Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Werkstatteinkommen (WfbM) Bitte Nachweise beifügen	€ mtl.	€ mtl.
Teilnahme an kostenfreier Mittagsverpflegung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden Leistungen der Versorgung Bundesversorgungsgesetz (BVG) o. aufgr. anderer gesetzl. Grundlagen gewährt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Noch nicht geklärte Ansprüche

Glauben Sie weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen Sie noch keine Leistungen erhalten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich | <input type="checkbox"/> aus der Rentenversicherung |
| <input type="checkbox"/> aus der Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> aus der Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter | <input type="checkbox"/> aus einer Unfallversicherung |
| <input type="checkbox"/> aus einem Unfall oder Krankheit | <input type="checkbox"/> aus Antragsstellung auf Leistungen nach dem SGB II oder SGB III (Arbeitslosengeld) |
- aus einem anderen Rechtsgrund, nämlich: _____ Wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

Wohnverhältnisse des/der Hilfesuchenden und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen

a) Mietwohnung (bitte Mietbescheinigung beifügen)

- | | |
|---|--|
| b) <input type="checkbox"/> eigenes Haus | <input type="checkbox"/> Besondere Wohnform (BTHG) |
| <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> ambulantes Betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> freies Wohnrecht | |

c) Besteht Mietrückstand?

- nein
 ja, _____ €

d) Wurde die Wohnung gekündigt?

- nein
 ja

e) Ist Räumungsklage eingereicht?

- nein
 ja, am _____

Haben Sie bereits früher Sozialleistungen bezogen?

- ja; Zeitraum: _____ nein

Von welcher Behörde?

Soll die Miete an den Vermieter überwiesen werden?

- ja nein

Soll die Strompauschale direkt an den Anbieter überwiesen werden?

- ja nein

Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft:
(Eltern, Kinder -auch volljährige Kinder-, getrennt lebender bzw. geschiedener Ehegatte)

	1	2	3
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname(n)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis			
PLZ, Wohnort			
Straße, Hausnummer			
Arbeitgeber / Tätigkeit			
	4	5	6
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname(n)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis			
PLZ, Wohnort			
Straße, Hausnummer			
Arbeitgeber / Tätigkeit			

Bargeld und anderes Vermögen

		Falls vorhanden, bitte nähere Angaben (z. B. Kto.-Nr., Eigentümer...)	Höhe / Wert	Nachweise vorlegen
1.	Barvermögen <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			
2.	Giro-Konten <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Kontoauszüge der letzten drei Monate
3.	Sparbücher <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Sparbücher
4.	Bausparverträge <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Kto.-Auszüge der Bausparverträge
5.	Wertpapiere / Vermögenswirksame Leistungen <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Depot-Auszüge, Nachweis über die letzten Ausschüttungen. Kontoauszüge
6.	Haus- / Grundvermögen <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Einheitswertbeschreibung und Grundbuchauszüge
7.	Kraftfahrzeuge (auch Maschinen & Geräte) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Kfz.-Schein
8.	Sammlungen / Schmuck (Münzen, Kunst- Briefmarken usw.) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			
9.	Lebensversicherung/ Sterbegeldversicherung <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Bescheinigungen über den derzeitigen Rückkaufswert
10.	Forderungen auf Schadensersatz / Schmerzensgeld <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			Urteile / Anerkenntnisse
11.	Sonst. Vermögen / Rechte / Forderungen <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			
12.	Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen? (z. B. durch Schenkung, Übergabevertrag, Verkauf) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweise beifügen)			
13.	Ist ein Erbe zu erwarten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Art und Höhe)			

Informationsblatt

gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Gemäß Art. 13 DS-GVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Sie uns im Zusammenhang mit dem von Ihnen gewünschten Verwaltungshandeln mitteilen, zu informieren.

1.	Kontaktdaten	
1.1	Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DS-GVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:	Der Magistrat der Stadt Wetzlar Ernst-Leitz-Straße 30 35576 Wetzlar Telefon: 06441-99-0 E-Mail: stadtverwaltung@wetzlar.de
1.2	Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DS-GVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG	Datenschutzbeauftragter der Stadt Wetzlar Telefon: 06441-99-1099 E-Mail: datenschutz@wetzlar.de
2.	Zweck, Umfang und Erforderlichkeit der Datenverarbeitung	
2.1	Die von Ihnen im auf Sozialleistungen gemäß SGB XII angegebenen sowie im weiteren Verlauf der Abwicklung des Verfahrens. ggf. noch erhobenen personenbezogenen Daten sollen zu dem folgendem Zweck erhoben und verarbeitet werden:	- Antrag auf Sozialleistung gemäß SGB XII
2.2	Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in:	Artikel 6 Abs. 1 lit c DS-GVO Artikel 6 Abs. 1 lit e DS-GVO
2.3	Ihre Daten werden zum Zweck der Bearbeitung Ihres Anliegens an die neben benannten Empfänger weitergeleitet. Eine Weiterleitung an Drittländer oder internationale Organisationen erfolgt nicht.	Bankinstitute, weitere Sozialleistungsträger
2.4	Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus den neben genannten Gründen zur Durchführung des Verwaltungshandelns erforderlich. Bei Nichtbereitstellung der Daten ergeben sich die benannten Folgen.	Gesetzliche vorgeschriebene Pflicht zur Bereitstellung aus § 60 Abs. 1 SGB I Bei Nichtangabe der Daten kann die beantragte Leistung nicht gewährt werden.
3.	Dauer der Speicherung	
	Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehend angegebene Dauer gespeichert. Danach werden sie gelöscht.	<i>Speicherdauer: längstens 10 Jahre nach Beendigung des Leistungsverhältnisses</i>
4.	Ihre Rechte als Betroffene/r	
	Als betroffene Person haben Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DS-GVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DSGVO, ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 17 DS-GVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DS-GVO sowie ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung nach Art. 21 DS-GVO. Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Weiterhin haben Sie gem. Art. 78 DS-GVO i.V.m. § 55 HDSIG das Recht der Beschwerde wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei dem Hessischen Datenschutzbeauftragten , Postfach 3163, 65021 Wiesbaden.	