



Landkreis Merzig-Wadern
Amt für soziale Angelegenheiten
Am Gaswerk 3
66663 Merzig

Antrag auf Erbringung von Leistungen nach dem <input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> AsylbLG <input type="checkbox"/> BVG oder vergleichbar in Form von <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII) <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII) <input type="checkbox"/> sonstigen Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII) (Bitte füllen Sie auch den Vordruck „Zusatzfragebogen für Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII“ aus.)		Behörde/Eingangsstempel
		Aktenzeichen
Werden für Kinder, Jugendliche und/oder Schüler/innen Leistungen für Bildung und Teilhabe (§§ 34 ff. und 131 SGB XII) beantragt? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte füllen Sie auch den Vordruck „Antrag auf Erbringung von Leistungen für Bildung und Teilhabe sowie einmaligen und ergänzenden Leistungen“ aus.) <input type="checkbox"/> Nein		
1. Häusliche Verhältnisse		
	Nachfragende Person	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)
Familienname		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vorname/n		
Geburtsdatum,-ort		
Adresse/PLZ, Wohnort		
Telefonnummer (freiwillig)		
Familienstand/Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer)		
Ausweisdokument		
Nummer des Ausweisdokumentes		
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges
Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1 bis 3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sozialversicherungsnummer		
Vormund/Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen Anschrift	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestallungsurkunde beifügen Anschrift

Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Geburtsname und früher geführte Namen					
Vorname/n					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis zur Fragenden Person					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus (Ausländer)					
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht von Geburt an, Jahr des Zuzuges:
Inhaber eines Vertriebenenausweises (§§ 1 bis 3 BVFG) oder einer Spätaussiedlerbescheinigung (§ 4 BVFG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Statistik nach dem Fünfzehnten Kapitel SGB XII

	Nachfragende Person	Ehepartner/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner(in)	Person Nr.1	Person Nr.2	Person Nr.3	Person Nr.4	Person Nr.5
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	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> divers
Art der Beschäftigung							
Einschränkung der Leistung							

2. Mehrbedarf

1. Wurde bei einer der unter 1. 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!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar
Ist einer dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar
2. Ist einer der unter 1. Eingetragenen Personen schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterschaftspass/ ein ärztliches Attest beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar
3. Benötigt eine der unter 1 eingetragenen Personen eine kostenaufwändige Ernährung? Wenn ja, bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar
(mit Begründung)	
4. Wird das Warmwasser durch eine in Ihrer Unterkunft installierten Vorrichtung erzeugt (dezentrale Warmwassererzeugung z.B. durch elektrischen Boiler)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

Nachfragende Person	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)
Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Versicherungs-/Mitgliedsnummer	Versicherungs-/Mitgliedsnummer

Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:	Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:
Name, Vorname Geburtsdatum	Name, Vorname Geburtsdatum
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer

Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person	<input type="checkbox"/> nachfragende Person
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung
Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich/bestimmen wir folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner/zur unserer Krankenkasse:				
Name der Krankenkasse			Anschrift der Krankenkasse	

4. Leistungen für Unterkunft (§ 35 SGB XII)

Ich bin/ Wir sind		
<input type="checkbox"/> Mieter/mietähnlich Nutzungsberechtigte/r von Wohnraum (Mietbescheinigung/Mietvertrag beifügen) Die Miete (Kaltmiete zuzüglich Vorauszahlung für Betriebskosten) beträgt EUR monatlich.		
<input type="checkbox"/> Bewohner von Haus-/ Wohneigentum (Ertragsberechnung mit Nachweisen beifügen).		
Wohngeld wurde bereits bewilligt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bescheid beifügen, und zwar:		
von Monat/Jahr	bis Monat/Jahr	monatliches Wohngeld in EUR

5. Leistungen für die Heizung und die zentrale Warmwasserversorgung (§ 35 SGB XII)

Die Kosten der Heizung betragen EUR monatlich. Sind die Kosten für die zentrale Warmwasserversorgung darin enthalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Einzelofenheizung (Energieträger werden selbst beschafft) Zum Betrieb der Heizung wird
<input type="checkbox"/> Heizöl benötigt <input type="checkbox"/> folgender Brennstoff wird benötigt:
Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Sammelheizung (Energieträger werden geliefert). Der Betrieb der Heizung erfolgt mit:
<input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Nachtspeicherheizung

6. Einkommen							
Es sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßige Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge etc. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.							
Art des Einkommens	Nachfragende Person	Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Arbeits-einkommen ¹							
Unterhalt nach dem BGB							
Unterhaltsvor-schuss (UVG)							
BAföG-Leistungen							
Arbeitslosengeld							
Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld							
Unterhaltsgeld							
Insolvenzgeld							
Berufsausbildungsbeihilfe							
Krankengeld							
Mutterschaftsgeld							
Altersrente							
Erwerbsminderungsrente							
Witwen-/Witwerrente							
Waisenrente							
Betriebsrente							
Sonstige Rente							
Sonstige Rente							
Pensionen							
Verletztengeld							
Kindergeld							
Versorgungsleistungen (BVG u.ä.)							
Aufwandsentschädigungen für Mandatsträger oder Übungsleiter							
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)							
Miet- und Pacht-Einnahmen							
Erziehungs- bzw. Elterngeld							
Sonstige Einkommen							
<input type="checkbox"/> Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu. <input type="checkbox"/> Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu: <input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Unterkunft/ Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge, nämlich:							
Art des Sachbezuges, begünstigte Person, monatlicher Wert (ggf. Schätzwert) des Sachbezuges:							
Sind einer der unter 1. Eingetragenen Personen in den letzten 12 Monaten einmaliger Einkünfte oder Bezüge zugeflossen							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar am _____ in Höhe von _____ EUR.							
Bezeichnung des einmaligen Einkommens/ der einmaligen				Bitte genaue Bezeichnung eintragen z.B. (Einkommensteuererstattung)			

¹ Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere die Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit, aus selbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.

Bezüge:							
7. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§82 Abs. 2 SGB XII)							
Art des Absetzbetrages	Nachfragende Person	Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Arbeitsmittel							
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte mit	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstige
Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte in km							
Preis für eine Fahrkarte							
Beitrag zu Berufsverband							
Hausratversicherung							
Haftpflichtversicherung							
Altersvors.-beitrag (§82EStG)							
Sonstige Versicherung							
Sonstige Versicherung							
Sonstiges							
Sonstiges							

8. Vermögen (§90 SGB XII)							
Art des Vermögens	Nachfragende Person	Ehepartner/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bargeld							
Guthaben auf Sparkonto							
Guthaben auf Girokonto							
Kontonummer							
Kreditinstitut							
Aktien o. ä.							
Kurswert							
Nennwert							
Lebensversicherung o. ä.							
Rückkaufwert							
Kfz							
Typ							
Baujahr und Kilometerstand							
Grundstücke							
Verkehrswert							
Einheitswert							
Sonstiges Vermögen							

Hat eine der unter 1. Aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z.B. Grundbesitz, Bargeld)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zwar wie folgt:
Name, Vorname des Schenkers
Name, Vorname des Beschenkten
Zeitpunkt, Anlass, Art und Weise des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben)

9. Angaben für Versorgungsleistungen nach dem BVG oder entsprechend anwendbarer Gesetze	
Folgende Angehörige der nachfragenden Person bzw. Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft sind durch Kriegsereignisse gefallen oder vermisst oder haben aufgrund der Ursache ihrer Hilfebedürftigkeit (Minderung der Erwerbsfähigkeit, Behinderung, Krankheit o. ä.) Ansprüche nach dem BVG, OEG, SVG, ZDG, IfSG/BSeuchG, HHG, StrRehaG, VwRehaG oder AntiDHG:	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Verwandtschaftsverhältnis	ggf. Sterbedatum und Sterbeort
Versorgungsbehörde, die Leistungen nach diesen Gesetzen erbringt	Az. Der Versorgungsbehörde (bitte Anerkennungs- oder Bewilligungsbescheid beifügen)

10. Wiederherstellung des Nachrangs der Sozialhilfe				
1. Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner usw.				
Pflichtiger	1	2	3	4
Familienname				
Vorname/n				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Höhe der lfd. Unterhaltszahlungen				
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht? Wenn ja, wo? Bitte Unterhaltstitel (z.B. Urteil etc.) beifügen.				

1a. Diese Fragen müssen nur beantwortet werden, wenn ausschließlich Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beantragt werden:			
Verfügt eines Ihrer beiden Elternteile über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,00 EUR?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist mir/uns nicht bekannt			
Wenn ja, welcher Elternteil: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater			
Mit welcher Tätigkeit erzielen Ihre Eltern Einkommen?			
Mutter	Bezeichnung der Tätigkeit	Vater	Bezeichnung der Tätigkeit
Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000,00 EUR?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist mir/uns nicht bekannt			
Wenn ja, welches Kind			
Name, Vorname, Anschrift des Kindes eintragen			
Mit welcher Tätigkeit erzielt/erzielen Ihr Kind/ Ihre Kinder Einkommen?			
Vorname und Name des Kindes, Bezeichnung der Tätigkeit	Vorname und Name des Kindes, Bezeichnung der Tätigkeit		Vorname und Name des Kindes, Bezeichnung der Tätigkeit

2. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§§102 ff. SGB X, § 74 EStG)			
Haben Sie bereits einen Antrag auf einer der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt?			
Art der Leistung	nein	ja	Antragsdatum
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wie folgt:			
Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?		Wann und wo wurde er geltend gemacht?
Liegt bei der nachfragenden Person eine Minderung der Erwerbsfähigkeit und/oder Behinderung vor?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wie folgt:			
Art/Bezeichnung	Verursacht durch (z.B. Unfall)		am/seit

11. Bankverbindung		
Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:		
Kontonummer/IBAN	Bankleitzahl	Kreditinstitut
Kontoinhaber		

12. Aufenthaltsverhältnisse	
Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am	von (letzte Adresse oder Ort des Grenzübertritts in die Bundesrepublik Deutschland)
Hat sich eine der unter 1. genannten Personen vor dem Eintritt der vermeintlichen Hilfebedürftigkeit in einer Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o.ä.) aufgehalten oder wurde bzw. wird sie in ihrer ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung ambulant betreut (z.B. mobiler Hilfsdienst, ambulanter Pflegedienst)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
Name, Vorname/n	
Name und Anschrift der Einrichtung/der ambulanten Wohnmöglichkeit	
Kostenträger für den Aufenthalt in der Einrichtung/der ambulanten Wohnmöglichkeit	

13. Ergänzende Angaben und Angaben zur Pflegebedürftigkeit			
Gehört eine der unter 1. Genannten Personen zu einem der nachfolgend aufgeführten Personenkreise?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (bitte Nachweis wie Schul- und Studienbeschreibung, Visum etc. beifügen):			
Personenkreis	Name und Vorname	Personenkreis	Name und Vorname
Schüler/in		Asylberechtigte/r	
Auszubildende/r oder Student/in		Anerkannter Flüchtling nach der Genfer Konvention	
Beziehen Sie Pflegegeld von einer Pflegekasse?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar für die Pflegestufe			
Name der Pflegekasse		Höhe der monatlichen Leistung	

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

15. Hinweise und Schlussklärung		
1. 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.		
2. 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 § 9 Abs. 3 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.		
3. Aushändigung des Merkblattes <input type="checkbox"/> Ich bestätige den Erhalt eines Merkblattes über die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 67 SGB I		
4. Hinweise zum Datenschutz Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII, des AsylbLG und des BVG. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.		
5. Geltendmachung von Ansprüchen Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.		
6. Unterschriften Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.		
Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)
7. Änderungsvermerke Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurde und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.		
Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)

Stellungnahme der Stadt/Gemeinde	
Vorstehende Angaben bzw. Unterlagen sind	
<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> nicht vollständig (Erläuterung auf Beiblatt)	
Ort, Datum, Unterschrift	Anlage/n an die Stadt/ das Landratsamt

Datenschutzinformation

Verantwortlich für die Datenerhebung und -verarbeitung ist der Landkreis Merzig-Wadern, Bahnhofstraße 44, 66663 Merzig, Tel. 06861 80 0, E-Mail: info@merzig-wadern.de. Die Kontaktdaten unserer behördlichen Datenschutzbeauftragten lauten: datschutzbeauftragte@merzig-wadern.de, Tel. 06861 80 130.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), §§ 4 ff. Saarländisches Datenschutzgesetz (SDSG) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII oder dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden benötigt, um die Aufgaben und die Leistungsgewährung nach dem SGB XII und dem AsylbLG bearbeiten zu können. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert. Im Rahmen der Sachbearbeitung erfolgt eine Weitergabe der Daten an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmisbrauch nach Maßgabe des § 118 SGB XII. Eine Weitergabe an andere Dienststellen, z. B. das Gesundheitsamt oder an freie Träger erfolgt, soweit dies für die Prüfung von Leistungsansprüchen bzw. die eigentliche Durchführung der Hilfe erforderlich ist. Für die Sozialhilfestatistiken werden Ihre Daten in anonymisierter Form (d.h. ohne Namen und Adresse) gemäß den Bestimmungen des SGB XII an das Statistische Bundesamt gemeldet (§§121-128h SGBXII). Zur Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der §§ 68 und 69 SGB X an die Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte übermittelt. Der Landkreis Merzig-Wadern wird Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung seiner Aufgaben erheben, speichern, verarbeiten oder nutzen. Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Nach der DSGVO stehen Ihnen folgende Rechte zu: Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18, 21 DSGVO). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen ggf. ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Darüber hinaus steht Ihnen ein Beschwerderecht beim Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland offen. Wenn Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Landkreis Merzig-Wadern durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.