

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe
nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch
(SGB XII)

Eingangsstempel:

Landkreis Ammerland
- Sozialamt-
Eingliederungshilfe
Ammerlandallee 12
26655 Westerstede

<input type="checkbox"/>	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
	<input type="checkbox"/> ambulant (betreutes/unterstütztes Wohnen, indiv. päd. Unterstützung, Autismustherapie)
	<input type="checkbox"/> teilstationär (Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Fördergruppe, Tagesstätte, Budget für Arbeit)
	<input type="checkbox"/> stationär (Wohnheim, Internat)
<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel für Menschen mit Behinderung
<input type="checkbox"/>	Kfz-Hilfe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
Name und Adresse der Einrichtung, des Anbieters, des Trägers:	
Hinweis: Die vollständige Beantwortung der Fragen und Beifügung der entsprechenden Nachweise ist für die Entscheidung über die Gewährung der beantragten Sozialhilfeleistung unbedingt erforderlich. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).	

I. Persönliche Verhältnisse

	a) nachfragende Person (auch Minderjährige)	b) Ehegatte/Lebenspartner/Eltern -falls minderjährig beide Eltern-
1. Name (ggf. Geburtsname):		
2. Vorname:		
3. Geburtsdatum:		
4. Geburtsort/Kreis: Wenn nicht in Deutschland, wann war der Zuzug nach Deutschland?		
5. Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> getrennt lebend
6. Staatsangehörigkeit: Ggf. weitere Staatsangehörigkeiten		
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status		
Bitte Kopie von Ausweispapieren bzw. Aufenthaltstiteln beifügen		

* nur für eingetragene Lebenspartnerschaft gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

	a) nachfragende Person (auch Minderjährige)	b) Ehegatte/Lebenspartner/Eltern -falls minderjährig beide Eltern-
7. Straße, Hausnummer: Postleitzahl, Wohnort:		
8. Telefon:		
9. Bei Aufnahme in oder Austritt aus einer Einrichtung, Klinik, Anstalt, dem betreuten Wohnen		
a) letzte Wohnanschrift bzw. Aufenthaltsorte in den letzten 2 Monaten vor Unterbringung in einer der genannten Wohnformen b) wann und wo erfolgte eine Unterbringung in einer der genannten Wohnformen c) Wer hat die Kosten getragen?		
10. Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte folgendes beifügen: Kopien des Schwerbehindertenausweises mit dem dazugehörigen Bescheid des Versorgungsamtes und bereits vorhandene ärztliche Atteste, in dem die Behinderung diagnostiziert und die Notwendigkeit der beantragten Leistungen begründet werden.		
11. Ursache der Behinderung: Beginn der Behinderung vor dem 25. Lebensjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> durch/seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> genaue Ursache ist nicht bekannt <input type="checkbox"/> wird noch ermittelt <input type="checkbox"/> sonstige (Gründe bitte auf einem Extrablatt erläutern)	
	Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Schadensersatz) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ansprüche gegen:	
12. Betreuung/ Bevollmächtigung: Adresse und Telefonnummer des Betreuers/der Betreuerin oder der/des Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beifügen.		
13. Erlerner Beruf:		
14. Derzeitige Tätigkeit, Arbeitgeber:		
15. Bei Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bitte den Grund dafür benennen:		

16. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)		
Nachfragende Person:		
Name der Krankenkasse:		
Anschrift der Krankenkasse:		
Versicherungs- / Mitgliedsnummer:		
Es handelt sich um eine: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten: Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____		
17. Besteht ein Beihilfeanspruch? Beihilfestelle und Anschrift:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, für: _____
18. Leistungen der Pflegekasse/ Pflegeversicherung: <small>ggf. Kopie des Bescheids beifügen</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe der Leistungen: _____

II. Familienverhältnisse: Welche Personen leben noch mit im Haushalt?

	1	2	3	4
1. Name (ggf. Geburtsname):				
2. Vorname:				
3. Geburtsdatum:				
4. Familienstand:				
5. Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:				
6. Beruf:				

III. Wohnverhältnisse

1. Die nachfr. Person wohnt zurzeit in einer/einem/zur	<input type="checkbox"/> Miete/Untermiete <input type="checkbox"/> Haus/Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> unentgeltlich bei Angehörigen
2. Höhe der mtl. Miete/Belastung:	_____ € darin sind enthalten <input type="checkbox"/> Nebenkosten _____ €
3. Mtl. Stromkosten:	
4. Größe der Wohnung/Haus:	_____ qm. Anzahl der Räume ____, davon untervermietet _____, Baujahr: _____.
5. Wird Wohngeld bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ €
6. Wurde Wohngeld beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Warmwasserzubereitung erfolgt durch:	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Elektroboiler <input type="checkbox"/> _____
8. Heizungskosten:	Energieart _____ mtl. Betrag _____ €

IV. Kinder, Eltern und Ehegatte/in außerhalb des Haushalts:

	1	2	3	4
1. Name (ggf. Geburtsname):				
2. Vorname:				
3. Geburtsdatum:				
4. Geburtsort:				
5. Familienstand:				
6. Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:				
7. Straße, Hausnummer: Postleitzahl, Wohnort:				
8. Telefon:				

V. Unterhalt:

Falls die Eltern noch leben, verfügen diese gemeinsam über ein Bruttojahreseinkommen über 100.000,00 Euro?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Falls Kinder vorhanden, verfügen diese jeweils über ein Bruttojahreseinkommen über 100.000,00 Euro?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	

VI. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen

- Bitte mit entsprechenden Nachweisen belegen! -

Art des monatlichen Einkommens aus:	Höhe der Einkünfte					
	Nachfragende Person	Ehegatte/ Lebenspartner -falls minderjährig beider Eltern-	Sonstige Haushaltsmitglieder (s. unter Ziffer II.)			
			zu Nr. 1	zu Nr. 2	zu Nr. 3	zu Nr. 4
1. Arbeitnehmertätigkeit:						
2. Gewerbe, Handel, selbständige Tätigkeit:						
3. Land- und Forstwirtschaft:						
4. Landwirtschaftliches Altersgeld:						
5. Leistungen der Agentur für Arbeit:						
6. Ausbildungsförderung:						
7. Kindergeld, Kindergeldzuschlag:						
8. Leistungen der Krankenversicherung:						
9. Unterhaltszahlungen:						

10. Renten:						
<input type="checkbox"/> Altersrente						
<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung						
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente						
<input type="checkbox"/> Unfallrente						
<input type="checkbox"/> Grundrente						
<input type="checkbox"/> Ausgleichsrente						
<input type="checkbox"/> Elternrente						
<input type="checkbox"/> Sonstige						
11. Pension:						
12. Sonstige Leistungen:						
<input type="checkbox"/> Blindengeld						
<input type="checkbox"/> Blindenhilfe						
<input type="checkbox"/> Leistungen nach Opferentschädigungsgesetz						
13. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Kapital:						
14. sonstige Einnahmen: (z.B. Wohngeld, Zinseinkünfte, Pflegegeld):						

VII. Vermögenswerte: -Bitte Kopien von Verträgen, Urkunden usw. beifügen –

a) nachfragende Person	b) Ehegatte/Lebenspartner/Eltern -falls minderjährig beide Eltern-
<u>Bargeld:</u> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld in Höhe von _____ EUR	<u>Bargeld:</u> <input type="checkbox"/> Ich/Wir verfüge/n über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich/Wir verfüge/n über Bargeld in Höhe von _____ EUR
<u>Spar- und Bankguthaben</u> Kontoauszüge aller geführten Konten der letzten 3 Monate mit abschließendem Kontostand in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> Ich habe kein Spar- und Bankguthaben. <input type="checkbox"/> Ich habe Spar- und Bankguthaben bei: Geldinstitut: IBAN: BIC: EUR:	<u>Spar- und Bankguthaben</u> Kontoauszüge aller geführten Konten der letzten 3 Monate mit abschließendem Kontostand in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n kein Spar- und Bankguthaben. <input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n Spar- und Bankguthaben bei: Geldinstitut: IBAN: BIC: EUR:

<p>Geldinstitut:</p> <p>IBAN:</p> <p>BIC:</p> <p>EUR:</p>	<p>Geldinstitut:</p> <p>IBAN:</p> <p>BIC:</p> <p>EUR:</p>
<p><u>Fondsanteile, Wertpapiere, Aktien</u> Kontoauszüge aller geführten Konten der letzten 6 Monate mit abschließendem Kontostand in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> Ich habe keine Fondanteile, Wertpapiere oder Aktien. <input type="checkbox"/> Ich habe Fondanteile, Wertpapiere oder Aktien bei:</p> <p>Geldinstitut:</p> <p>Art der Anlage:</p> <p>Wert:</p>	<p><u>Fondsanteile, Wertpapiere, Aktien</u> Kontoauszüge aller geführten Konten der letzten 6 Monate mit abschließendem Kontostand in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n keine Fondanteile, Wertpapiere oder Aktien. <input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n Fondanteile, Wertpapiere oder Aktien bei:</p> <p>Geldinstitut:</p> <p>Art der Anlage:</p> <p>Wert:</p>
<p><u>Vertraglich gesicherte Ansprüche</u> (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Hege und Pflege)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche</p>	<p><u>Vertraglich gesicherte Ansprüche</u> (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Hege und Pflege)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n folgende vertraglich gesicherte/n Ansprüche</p>
<p><u>Besteht eine Sterbegeldversicherung?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p><u>Bestattungsvorsorgevertrag:</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p><u>Besteht eine Sterbegeldversicherung?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p><u>Bestattungsvorsorgevertrag:</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><u>Besteht eine Lebensversicherung oder andere kapitalbildende Versicherung (z. B. Riester-Rente)?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Höhe der Versicherungssumme/Rückkaufwert:</p> <p>EUR:</p>	<p><u>Besteht eine Lebensversicherung oder andere kapitalbildende Versicherung (z. B. Riester-Rente)?</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p>Höhe der Versicherungssumme/Rückkaufwert:</p> <p>EUR:</p>

<u>Haus- und Grundeigentum</u> <input type="checkbox"/> Ich habe kein Haus- und/oder Grundeigentum. <input type="checkbox"/> Ich habe folgendes Haus- und/oder Grundeigentum: Art: Adresse: Sonstiges:	<u>Haus- und Grundeigentum</u> <input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n kein Haus- und/oder Grundeigentum. <input type="checkbox"/> Ich/Wir habe/n folgendes Haus- und/oder Grundeigentum: Art: Adresse: Sonstiges:
Kopie des Einheitswertbescheides beilegen! <u>Sonstige Vermögenswerte:</u> (z. B. Bausparvertrag, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.) <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen. <input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form:	Kopie des Einheitswertbescheides beilegen! <u>Sonstige Vermögenswerte:</u> (z. B. Bausparvertrag, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.) <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen. <input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form:
Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Pflichtergänzungsansprüche, Schadensersatz)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögenswerte (z. B. Haus- und Grundeigentum, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben oder verschenkt? Ggf. Kopien von Verträgen, Urkunden beifügen!	
a) nachfragende Person	b) Ehegatte/Lebenspartner/Eltern -falls minderjährig beide Eltern-
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben

VIII. Nicht geklärt Ansprüche: Glaubt die nachfragende Person oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere - noch nicht entschiedene – Ansprüche zu haben, aus denen sie noch keine Leistungen erhält?

	a) nachfragende Person	b) Ehegatte/Lebenspartner/Eltern -falls minderjährig beide Eltern-
<input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung		
<input type="checkbox"/> aus Unfall		
<input type="checkbox"/> aus Krankheit		
<input type="checkbox"/> als Opfer von Gewalttaten		
<input type="checkbox"/> aus Soldatenversorgungsgesetz (SVG) / Zivildienstgesetz (ZVG)		
<input type="checkbox"/> aufgrund Impfschadens		
<input type="checkbox"/> aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<input type="checkbox"/>		

Für den Fall, dass zu klärende Ansprüche nach Ziffer VIII bei der nachfragenden Person bestehen wird nachstehende datenschutzrechtliche Erklärung abgegeben:

- Es besteht Einverständnis damit, selbst erhobene oder bei Dritten angeforderte medizinische Daten – soweit dies erforderlich ist – zur Anspruchsdurchsetzung der jeweiligen Stelle (insbesondere gesetzliche oder private Unfallversicherung, gesetzlich oder private Haftpflichtversicherung, Krankenhäuser, Versorgungsämter, Krankenkassen, Rententräger, sonstige Sozialleistungsträger) vorzulegen sowie im Bedarfsfall in einem Gerichtsverfahren zu verwenden (§§ 67d, 69 Abs. 1, 76 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch). Zur Einholung von medizinischen Auskünften und Unterlagen bei Dritten ist eine Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung der nachfragenden Person erforderlich, die gesondert angefordert wird.

Erklärung der/des Antragstellers/Antragstellerin (oder des gesetzlichen Vertreters für die/den Antragsteller/Antragstellerin):

Wahrheit der Angaben

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben rechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I – SGB -) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (z. B. Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgte aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Die Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Mit der Übersendung der Sozialhilfeakte an einen anderen Sozialleistungsträger, bei dem der Inhalt der Akte zur weiteren Aufgabenerfüllung benötigt wird, bin ich einverstanden.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder des gesetzl. Betreuers/Betreuerin

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) - Allgemeiner Teil -

DRITTER TITEL: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 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.
- (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 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 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 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 seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
- gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Urkundenfälschung oder Betrug verbunden hat
 - einen Vermögensverlust großen Ausmaßes herbeiführt oder in der Absicht handelt, durch die fortgesetzte Begehung von Betrug eine große Zahl von Menschen in die Gefahr des Verlustes von Vermögenswerten zu bringen,
 - eine andere Person in wirtschaftliche Not bringt,
 - seine Befugnisse oder seine Stellung als Amtsträger missbraucht oder
 - einen Versicherungsfall vortäuscht, nachdem er oder ein anderer zu diesem Zweck eine Sache von bedeutendem Wert in Brand gesetzt oder durch eine Brandlegung ganz oder teilweise zerstört oder ein Schiff zum Sinken oder Stranden gebracht hat.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (5) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbsmäßig begeht.
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).
- (7) Die §§ 43a und 73d sind anzuwenden, wenn der Täter als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat. § 73d ist auch dann anzuwenden, wenn der Täter gewerbsmäßig handelt.

Vom Antragsteller und seinem Ehegatten ist für jedes Geldinstitut eine Erklärung abzugeben

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen

Antragsteller / Ehegatte	Geburtsdatum
--------------------------	--------------

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse - auch über die Konten, über die ich mir die Verfügungsgewalt vorbehalten habe - wahrheitsgemäße und vollständige Angaben zu machen habe. Von den Bestimmungen der §§ 60 und 66 SGB (Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung) sowie § 263 Strafgesetzbuch (Betrug) habe ich Kenntnis genommen. Ich weiß, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betrugs nach sich ziehen können.

Ich unterhalte folgende Konten (Sparkonto, Girokonto, Kapitalansamlungsvertrag, Bausparvertrag, Wertpapiere)

Name und Anschrift der Bank	Konto-Nummer	Betrag der Einlage bzw. Vertragssumme	Laufzeit des Vertrages (vom - bis)
		€	
		€	
		€	
		€	

Ich unterhalte kein(e) Konten, Wertpapierdepot, Kapitalansamlungsverträge, Bausparverträge etc.

Ich ermächtige und beauftrage hiermit die angegebenen Geldinstitute bzw. Anstalten unter Befreiung vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dem Sozialamt des Landkreises Ammerland weitere Auskünfte, insbesondere über den Kontostand und die Kontobewegungen, zu erteilen.

Unterschrift (ggf. des Betreuers oder Bevollmächtigten)	Datum
---	-------

Landkreis Ammerland Der Landrat Sozialamt	Aktenzeichen 50-2000 ☎ (04488) 56-1390 / 56-1400 / 56-1410 / 56-1420 / 56-1421	26653 Westerstede Datum
--	--	----------------------------

Wir bitten um Auskunft über den Kontostand und die Kontobewegungen in den letzten 3 Monaten.

Unterhält bzw. unterhielt der Hilfesuchende/Ehegatte noch weitere Konten? Ggf. bitten wir um Auskunft über den Kontostand und die Kontobewegungen in den letzten 6 Monaten.

Im Auftrage

Zustimmungserklärung und Schweigepflichtsentbindung im Gesamtplanverfahren (Eingliederungshilfe)

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Ich stimme der Beteiligung folgender Sozialleistungs-/Rehabilitationsträger im Gesamtplanverfahren durch die Mitarbeiter des Sozialamtes des Landkreises Ammerland zu:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Jobcenter
<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Sozialamt (Hilfe zur Pflege)
<input type="checkbox"/> Sozialamt (SGB II / SGB XII-Leistungen)
<input type="checkbox"/> Jugendamt
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt
<input type="checkbox"/> _____ |
|--|--|

Bitte nachfolgend auch die Namen und Adressen der Träger/Personen eintragen!

Hierzu entbinde ich folgende Behörden/Stellen/Ärzte/Personen etc. von der Schweigepflicht:

Name, Vorname / Behörde, Stelle, Anschrift:	
Name, Vorname / Behörde, Stelle, Anschrift:	
Name, Vorname / Behörde, Stelle, Anschrift:	
Name, Vorname / Behörde, Stelle, Anschrift:	
Name, Vorname / Behörde, Stelle, Anschrift:	
Name, Vorname / Behörde, Stelle, Anschrift:	

Ich erkläre mich mit der Weitergabe von persönlichen Unterlagen, Gutachten, ärztlichen Berichten etc. an die Mitarbeiter des Sozialamtes des Landkreises Ammerland einverstanden:

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen, beider Eltern)
