

Kreis Segeberg Der Landrat Eingliederungshilfe Hamburger Str. 30 23795 Bad Segeberg	Sachbearbeiter/in:		ausgegeben am:	
	Aktenzeichen:		Eingangsstempel:	

Antrag auf

- Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**
- Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) in besonderen Wohnformen**

Sie müssen alle Fragen beantworten, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können. Am Ende des Antrages gibt es ein Merkblatt. Dort steht, warum wir nach Ihren Daten fragen dürfen.

Bitte kreuzen Sie die passenden Kästchen an und füllen Sie die Felder aus. Wenn Sie mehr Platz brauchen, legen Sie bitte ein weiteres Blatt bei.

1. Angaben über die Person, die den Antrag stellt		
	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
Vornamen		
Geburtsdatum (wann sind Sie geboren?)		
Geburtsort (wo sind Sie geboren?)		
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
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit
Staatsangehörigkeit: (von welchem Land haben Sie einen Pass? Bitte vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere welche: Wie lange ist der Pass gültig?	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere welche: Wie lange ist der Pass gültig?

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
Ist ein/e Betreuer/in oder ein/e Vormund/in bestellt? (bitte Betreuerausweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name: Anschrift: Telefon:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name: Anschrift: Telefon:
Anschrift: (wo wohnen Sie?)	Straße, PLZ Ort: bei wem: Telefon:	Straße, PLZ Ort: bei wem: Telefon:
Wenn Sie in einer besonderen Wohnform (früher: stationäre Einrichtung) leben. Wo haben Sie vor dem Umzug in die Einrichtung gewohnt? Straße, Ort:		
Haben Sie oder Ihr/e (Ehe)Partner/in bereits Grundsicherung (Sozialhilfe) erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von welchem Amt:		
Haben Sie oder Ihr/e (Ehe)Partner/in andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Rente, Pflegegeld) beantragt oder beabsichtigen, einen Antrag zu stellen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Leistungsart: , beantragt am: zahlende Stelle:		

2. Mehrbedarfe		
	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
Haben Sie und/oder Ihr/e (Ehe)Partner/in einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen (z.B. G, aG): bitte Schwerbehindertenausweis vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen (z.B. G, aG): bitte Schwerbehindertenausweis vorlegen
Brauchen Sie oder Ihr/e (Ehe)Partner/in Pflege?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MdK) vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MdK) vorlegen
Sind Sie oder Ihre (Ehe)Partnerin schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Mutterpass vorlegen , voraussichtlicher Geburtstermin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Mutterpass vorlegen , voraussichtlicher Geburtstermin:
Sind Sie oder Ihr/e (Ehe)Partner/in alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Benötigen Sie oder Ihr/e (Ehe)Partner/in aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen
Nehmen Sie an einem gemeinsamen Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen teil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheinigung der Werkstatt vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheinigung der Werkstatt vorlegen

3. Angaben über Familie		
Leben noch weitere Familienangehörige (Kinder, Eltern, Geschwister) in oder außerhalb Ihres Haushaltes? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, nennen Sie bitte diese Personen.		
	Vater	Mutter
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Anschrift (Straße und PLZ Wohnort)		
Erzielt die Person Einkommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was und wieviel?		
	Kind	Kind
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Anschrift (Straße und PLZ Wohnort)		
Erzielt die Person Einkommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was und wieviel?		

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner/innen oder Partner/innen einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?

nein
 ja , wenn ja
 auf Unterhalt wurde verzichtet Unterhalt bereits titulierte (bitte Nachweis vorlegen)
 Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht Unterhalt wird gezahlt (bitte Nachweis vorlegen)

4. Kranken-/Pflegeversicherung	
Sie selbst	(Ehe)Partner/in
Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse:	Name und Anschrift der Krankenkasse:
Versicherungsnummer:	Versicherungsnummer:

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben:

Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag vor.

Die vorstehenden Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen werden zur Feststellung des Bedarfs benötigt. Das Amt muss herausfinden, ob es Sie unterstützen muss. Hierbei müssen Sie nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) helfen und alle Tatsachen angeben, die für die Leistung wichtig sind, sowie auf Aufforderung des zuständigen Leistungsträgers Nachweise vorlegen.

Mitwirkungspflicht

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte, z. B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw. zuzustimmen habe (§ 60 SGB I).

Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede vorübergehende Abwesenheit von länger als 21 Tagen (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe und ich bei nicht rechtzeitiger Mitteilung überzahlte Sozialhilfe zurückzahlen muss.

Datenschutz

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB IX und XII erhoben. Die Informationen über die Erhebung von Daten sind diesem Antrag beigefügt.

Überleitung von Ansprüchen

Der Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII bzw. § 134 SGB XI für die Zeit der Hilfgewährung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung des Schuldners die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann.

Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gemäß § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Wahrheit der Angaben

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögenswerte, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.

Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Ort:

Datum:

(Unterschrift Antragsteller/in oder Betreuer/in)

(Unterschrift Aufnehmende/r)

Anlage 1

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

(Name der Antragstellerin/des Antragstellers), entbinde

- den amtsärztlichen Dienst
- die Pflegekasse
Versicherungsnummer:
- das Jugendamt
Aktenzeichen:
- den Sozialpsychiatrischen Dienst
- meinen behandelnden Arzt:
Anschrift:
- das Krankenhaus:
Anschrift:
- den von mir kontaktierten Anbieter:
Anschrift:
- das Jobcenter
- die Bundesagentur für Arbeit
- das örtliche Sozialamt

dem Fachdienst 50.30 Eingliederungshilfe für Erwachsene/Grundsicherung in besonderen Wohnformen gegenüber von der Schweigepflicht. Dies betrifft Fragen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe/zur Sicherung des Lebensunterhaltes entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass über mich vorhandene

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle
- Gutachten
- Dokumentationen
- Bescheide
- Einkommensnachweise

dem Kreis Segeberg im Rahmen des Antrages auf Eingliederungshilfe/Grundsicherung zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Ort:

Datum:

(Unterschrift Antragsteller/in oder Betreuer/in)

(Unterschrift Aufnehmende/r)

Anlage 2

Erklärung über die Befreiung vom Bankgeheimnis/Kontenabrufverfahren

Von der antragstellenden Person ist für jedes Konto/Sparkonto, jedem Depot oder jeden Vertrag eine Befreiungserklärung abzugeben.

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers:

geboren am

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort):

Als berechtigte Person gibt die Erklärung ab:

(Name, Vorname)

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben machen muss. Von den im Antragsformular (Seite 6) abgedruckten Hinweisen zu den §§ 60 und 66 SGB I (Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung) sowie zum § 263 Strafgesetzbuch (Betrug) auf Seite 7 des Antrages (Betrug) habe ich Kenntnis genommen. Mir ist bewusst, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach sich ziehen können.

Art des Kontos	IBAN	aktueller Betrag
		€
		€
		€
		€
		€
Sonstiges Vermögen:		

Bezeichnung und Anschrift des Instituts/der Institute, bei denen das Konto/die Konten/Verträge geführt werden:

Ich ermächtige und beauftrage hiermit jedes angegebene Institut unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Bankgeheimnis/Schweigepflicht) dem Kreis Segeberg, Der Landrat, Fachdienst 50.30, Hamburger Str. 30, 23795 Bad Segeberg, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes dort geführte Konto für die letzten 10 Jahre zu erteilen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auf jedes weitere Institut, welches im Rahmen der Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern dem Sozialhilfeträger bekannt wird und von mir/uns im Sozialhilfeantrag nicht angegeben worden ist. Mir ist bewusst, dass eventuelle Bankgebühren zu meinen Lasten gehen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mir ist ausdrücklich bekannt, dass die im Rahmen dieses Antrages gemachten Angaben zu meinem Vermögen/unserem gemeinsamen Vermögen (Ehegatten/eheähnlichen Partner/Lebenspartner gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII i. V. m. § 20 SGB XII) beim Bundeszentralamt für Steuern überprüft werden können.

Ort:

Datum:

(Unterschrift Kontoinhaber/in)

(Unterschrift als Betreuer/in/Bevollmächtigte/r)
(mit Urkunde bzw. Vollmacht)

Anlage 3

Information über die Erhebung von Daten

(Art. 12 ff. EU-Datenschutz-Grundverordnung)

Wir verarbeiten Ihre notwendigen personenbezogenen Daten zur Erfüllung unserer Aufgaben stets im Einklang mit den jeweils anwendbaren gesetzlichen Datenschutzanforderungen zu den nachfolgend aufgeführten Zwecken.

Personenbezogene Daten sind sämtliche Informationen, die einen Bezug zu einer Person aufweisen.

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Landrat Jan Peter Schröder

Hamburger Str. 30, 23795 Bad Segeberg

2. Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

Behördlicher Datenschutzbeauftragter

Hamburger Str. 30, 23795 Bad Segeberg

E-Mail: datenschutz@segeberg.de

Telefon: Olaf Kuhlbrodt: 04551 / 951-9281

Ruediger Haß: 04551 / 951-9290

Stephanie Viktorin: 04551 / 951-9874

3. Betroffenen-Rechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung 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 und 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 gegebenenfalls 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.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht bei der Schleswig-Holsteinischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

4. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Ihnen steht das Recht zu, sich für eine Beschwerde an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD),

Holstenstr. 98, 21403 Kiel, Tel.: 0431/988-1200, Fax: 0431/988-1223,

E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de

Webseite: <https://www.datenschutzzentrum.de/>

5. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Kreisverwaltung Segeberg durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zu-

kunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.
(Diese Information ist nur zu erteilen, wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung der betroffenen Person beruht (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a oder Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO)).

6. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Eingliederungshilfe-Formulare

7. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

- a) Ihre Daten werden zu folgendem Zweck erhoben:
Antragsbearbeitung und Bedarfsermittlung
- b) Ihre Daten wurden aufgrund folgender Rechtsgrundlage erhoben:
§ 67 a SGB X in Verbindung mit § 35 SGB I
- c) Ihre Pflicht zur Bereitstellung der Daten:
Ja
- d) Folgen, wenn Sie die Daten nicht angeben:
Bearbeitung des Antrages nicht möglich (Ablehnung)

8. Wir beabsichtigen, Ihre Daten an folgende Empfänger weiterzuleiten:

Gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, andere Rehabilitationsträger, örtliche Sozialämter, Jugendämter, Gesundheitsämter, Hilfe zur Pflege, Waffenbehörden, Ausländerbehörden, Krankenkassen, Pflegekassen, medizinische Einrichtungen, andere Eingliederungshilfeträger, Finanzbuchhaltung des Kreises Segeberg, Gerichte, Ihre gesetzliche Betreuung, Einrichtungen der Eingliederungshilfe

9. Wir haben Ihre Daten aus folgender Quelle erhalten

Gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, andere Rehabilitationsträger, örtliche Sozialämter, Jugendämter, Gesundheitsämter, Hilfe zur Pflege, Waffenbehörden, Ausländerbehörden, Krankenkassen, Pflegekassen, medizinische Einrichtungen, andere Eingliederungshilfeträger, Finanzbuchhaltung des Kreises Segeberg, Gerichte, Ihre gesetzliche Betreuung, Einrichtungen der Eingliederungshilfe

10. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

10 Jahre

11. Sonderfälle und weitere Angaben:

Keine

Anlage 4

Einkommen bei Beantragung von Grundsicherungsleistungen (Nachweise über Art und Höhe der aktuellen Einkünfte bitte beifügen, z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheide über Sozialleistungen etc.)		
Von wem kommt das Geld?	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
nichtselbständige Arbeit (z.B. Verdienst aus einer Arbeit als Angestellter, Auszubildender oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen)	€	€
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld, Pflegegeld, Mutterschaftsgeld)	€	€
Einnahmen aus Gewerbe (Haben Sie einen eigenen Laden oder arbeiten selbständig im Handwerk oder der Land- und Forstwirtschaft?)	€	€
Arbeitslosengeld	€	€
Arbeitslosengeld II (Hartz 4)	€	€
Grundsicherung/Sozialhilfe	€	€
Unterhaltsgeld (wird bei Umschulung oder beruflicher Weiterbildung gezahlt)	€	€
Kindergeld Kindergeld-Nr:	€	€
Renten/Pensionen (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Werksrente, sonstige Renten)	€	€
Unterhalt (z.B. Ehegattenunterhalt, Kindesunterhalt)	€	€
BAföG-Leistungen	€	€
Pachteinnahmen	€	€
Miet-/Untermieteinnahmen	€	€
Einkünfte aus Vermögen	€	€
Sonstige Einkünfte, z.B. aus Altenteilüberlassungsverträgen, Leibrenten	€	€

Grundsicherung Angaben zur Bereinigung des Einkommens - nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist (Bitte Nachweise beifügen)		
	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
Sind absetzbare Beträge vorhanden? Wenn ja, bitte ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aufwendungen für Arbeitsmittel	€	€
Fahrkosten zur Arbeitsstätte Art des Beförderungsmittels	€	€
Einfache Fahrstrecke	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden	€	€
Hausratversicherung	€	€
Haftpflichtversicherung	€	€
Lebensversicherung	€	€
Private Altersvorsorge	€	€
Sonstige Versicherungen: Art:	€	€

Anlage 5

Einkommen bei Beantragung von Eingliederungshilfe Maßgeblich ist die Summe der Einkünfte des Vorjahres nach § 2 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes sowie bei Renteneinkünften die Bruttorente des Vorjahres (Nachweise über Art und Höhe der aktuellen Einkünfte bitte beifügen, z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheide über Sozialleistungen etc.)		
Von wem kommt das Geld?	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
nichtselbständige Arbeit (z.B. Verdienst aus einer Arbeit als Angestellter, Auszubildender oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen)	€	€
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld, Pflegegeld, Mutterschaftsgeld)	€	€
Einnahmen aus Gewerbe (Haben Sie einen eigenen Laden oder arbeiten selbständig im Handwerk oder der Land- und Forstwirtschaft?)	€	€
Arbeitslosengeld	€	€
Arbeitslosengeld II (Hartz 4)	€	€
Grundsicherung/Sozialhilfe	€	€
Unterhaltsgeld (wird bei Umschulung oder beruflicher Weiterbildung gezahlt)	€	€
Kindergeld Kindergeld-Nr:	€	€
Renten/Pensionen (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Werksrente, sonstige Renten)	€	€
Unterhalt (z.B. Ehegattenunterhalt, Kindesunterhalt)	€	€
BAföG-Leistungen	€	€
Pachteinnahmen	€	€
Miet-/Untermieteinnahmen	€	€
Einkünfte aus Vermögen	€	€
Sonstige Einkünfte, z.B. aus Altenteilüberlassungsverträgen, Leibrenten	€	€

Eingliederungshilfe Angaben zur Bereinigung des Einkommens - nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist (Bitte Nachweise beifügen)		
	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
Sind absetzbare Beträge vorhanden? Wenn ja, bitte ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aufwendungen für Arbeitsmittel	€	€
Fahrkosten zur Arbeitsstätte Art des Beförderungsmittels	€	€
Einfache Fahrstrecke	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden	€	€
Hausratversicherung	€	€
Haftpflichtversicherung	€	€
Lebensversicherung	€	€
Private Altersvorsorge	€	€
Sonstige Versicherungen: Art:	€	€