

Erstantrag auf Leistungen nach dem SGB XII



Landratsamt Ravensburg
 Sozial- und Inklusionsamt
 Postfach 19 40
 88189 Ravensburg

Eingangsstempel:

Art der Leistung

- Hilfe zum Lebensunterhalt
 Grundsicherung
 Stationäre Hilfe zur Pflege
 Ambulante Hilfe zur Pflege
 Bestattungskosten

1. Persönliche Daten		
	Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Ehegatte / Ehegattin auch getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in Lebenspartnerschaftsgesetz <input type="checkbox"/> Partner/in eheähnliche Gemeinschaft
Name		
Vorname		
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
Geburtstag und -ort		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefonnummer (freiwillig)		
E-Mail-Adresse (freiwillig)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:
Staatsangehörigkeit		
Hinweis für Nicht-EU-Bürger:	Bitte Nachweis über Aufenthaltstitel beifügen.	
Erwerbsfähigkeit	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Bezug einer Altersrente <input type="checkbox"/> festgestellte Erwerbsminderung auf <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Dauer <input type="checkbox"/> Beschäftigung in einer WfbM / FuB	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Bezug einer Altersrente <input type="checkbox"/> festgestellte Erwerbsminderung auf <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Dauer <input type="checkbox"/> Beschäftigung in einer WfbM / FuB
Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> Pflegegrad bzw. Höherstufung beantragt	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> Pflegegrad bzw. Höherstufung beantragt

2. Familienangehörige im Haushalt

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand

3. Rechtliche Betreuung/Bevollmächtigung

	Antragsteller/in	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in
Rechtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift der rechtlichen Betreuung bzw. der bevollmächtigten Person		
Kommunikation ausschließlich mit der rechtlichen Betreuung bzw. bevollmächtigter Person?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachweise	Bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Beschluss beifügen. Für die bevollmächtigte(n) Person(en) bitten wir entsprechende Vollmachten beizufügen.	

4. Einkommen

	Antragsteller/in	Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Altersrente <input type="checkbox"/> Private Altersrenten <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Rente <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Entschädigungsrente <input type="checkbox"/> Ausländische Rente <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Leibgeding <input type="checkbox"/> Witwenrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Betriebsrenten		
Leistungen der Agentur für Arbeit / Jobcenter		
Kindergeld Wird das Kindergeld weitergeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an
Wohngeld		
Unterhaltszahlungen / Unterhaltsvorschuss		
Krankengeld		
Übergangsgeld		
Einkommen aus Erwerbstätigkeit		
Miet- und Pachteinnahmen		
Kapitalerträge / Zinsen		
Sonstige Einnahmen		
<input type="checkbox"/> Ich / Wir verfüge(n) über keinerlei Einkommen.		

5. Öffentlich-rechtliche Ansprüche		
5.1. Rentenansprüche		
Wurde ein Antrag auf Rente gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Rentenart
Wurden freiwillige Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Von Bis Höhe
Haben Sie im Ausland gearbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Von bis Land
Haben Sie im Ausland Beiträge in Alterssicherungssysteme entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	

5.2. Sozialleistungen	
Haben Sie während den letzten drei Jahren Leistungen nach dem SGB II (Jobcenter) oder SGB XII (Sozialamt) erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erhalten Sie Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt

5.2.1 vorrangige Ansprüche nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV)	
Erhalten Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bzw. Leistungen nach dem Opferentschädigungs-, Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, oder Infektionsschutzgesetz bzw. nach dem SGB XIV	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt
Ist Ihre Bedürftigkeit Folge eines schädigenden Ereignisses?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung
Sind Sie Opfer einer Gewalt- bzw. Straftat?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung
Sind Sie Opfer einer Vergiftung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung
Sind Sie Hinterbliebene(r) einer unter Punkt 5.2.1 genannten Personen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung
<p>Falls einer der o.g. Punkte unter 5.2.1 zutrifft, machen Sie bitte im Feld Anmerkung nähere Angaben zum Stand des Verfahrens. (Liegt ein Urteil/ein Bescheid vor? Läuft das Verfahren noch? Wurde ein Antrag gestellt?)</p>	

5.3 sonstige vorrangige Ansprüche	
Liegt ein Geburtsschaden bzw. ein sonstiger ärztlicher Behandlungsfehler vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung
Besteht eine Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung
Sind Sie Geschädigter eines Unfalles?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkung

6. Sonstige Ansprüche			
6.1. Vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, usw.)			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art des Anspruchs			
Art des Anspruchs			
6.2. Bestehende Erb- und Pflichtteilsansprüche			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Erbanspruch <input type="checkbox"/> Pflichtteilsanspruch		
Art und Höhe			EUR
Erblasser Name und Anschrift			
Todestag und -ort			
Sind in den letzten 24 Monaten der/die Ehegatt/in, Eltern oder Kinder der antragstellenden Person verstorben?			
6.3. Sonstige (ggf. offene) Ansprüche			
Art und Höhe			EUR
Art und Höhe			EUR
Art und Höhe			EUR

6.4. Unterhaltspflichtige Personen der antragstellenden Person(en)				
Kinder				
Name, Vorname	Geburtsdatum	PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer	Ausgeübter Beruf	Einkommen über 100.000 €/Jahr
				<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
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweis: Weitere Kinder können auf Seite 7 unter „Anmerkungen“ angegeben werden.				
Eltern				
Name, Vorname	Geburtsdatum	PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer	Ausgeübter Beruf	Einkommen über 100.000 €/Jahr
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Mehrbedarfe			
	Antragsteller/in		Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie an einer gemeinschaftlichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ mal pro Woche		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ mal pro Woche

Mittagsverpflegung teil?		
Erhalten Sie Hilfen zur Schulbildung oder Hilfen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nachweise	Schwerbehindertenausweis, Ärztliche Bescheinigungen, Vertrag oder Bescheinigung über die Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung	

8. Versicherungen	
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert
Name der Kranken- /Pflegeversicherung	
Private Zusatzpflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Privathaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Betrag: EUR/Jahr
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Betrag: EUR/Jahr
Kfz-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Betrag: EUR/Jahr
Nachweise	Mitgliedsbescheinigung bzw. Beitragsbescheid der Kranken- und Pflegeversicherung, Beitragsnachweise der vorhandenen Versicherungen

9. Vermögenswerte				
	Antragsteller/in		Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in	
Girokonto IBAN	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
Sparkonto IBAN	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
Sparkonto IBAN	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
Konto im Ausland IBAN	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
Bausparvertrag	Bausparkasse	EUR	Bausparkasse	EUR
	Vertragsnummer		Vertragsnummer	
Geschäfts- und Genossenschaftsanteile	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
Wertpapiere/Fonds	Bankinstitut	EUR	Bankinstitut	EUR
Bargeld		EUR		EUR
Wertgegenstände aller Art z.B. Schmuck, Gemälde, Antiquitäten, Sammlungen usw.	Art	EUR	Art	EUR
Lebensversicherung	Versicherungsgesellschaft	EUR	Versicherungsgesellschaft	EUR
Altersvorsorgevertrag	Versicherungsgesellschaft	EUR	Versicherungsgesellschaft	EUR
Sterbegeldversicherung	Versicherungsgesellschaft	EUR	Versicherungsgesellschaft	EUR
Bestattungsvorsorge	Bestattungsunternehmen	EUR	Bestattungsunternehmen	EUR
Haus- und	<input type="checkbox"/> ____ Eigentumswohnung(en)		<input type="checkbox"/> ____ Eigentumswohnung(en)	

Grundeigentum im In- und Ausland	<input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus
	<input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus
	<input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen	<input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen
	Art _____ m ²	Art _____ m ²
	Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.	
	Geschätzter Wert _____ EUR	
	Art _____ m ²	Art _____ m ²
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.		
Geschätzter Wert _____ EUR		
<input type="checkbox"/> Ich / Wir verfüge(n) über keinerlei Vermögen.		

9.1. Kraftfahrzeug						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Hersteller	Typ	Baujahr	km-Stand	Kennzeichen	Finanzierung (bar, Kredit, Leasing)	Geschätzter Verkehrswert
Nachweise	Zulassungsbescheinigung Teil I (Fahrzeugschein), ggf. Nachweis über Kredit bzw. Leasing					

9.2. Vermögensabgabe (Schenkung oder Veräußerung) innerhalb der letzten 10 Jahre			
	Empfänger/Käufer	Wert	Zeitpunkt der Schenkung bzw. des Verkaufs
Haus- und Grundbesitz			
Barvermögen			
Sparvermögen			
Sonstiges			
<input type="checkbox"/> Ich / Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren keine größeren Vermögenwerte verschenkt, übergeben oder verkauft.			

10. Aufenthaltsverhältnisse der antragstellenden Person	
Derzeitiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> entspricht der Meldeadresse
Aufenthaltsort während der letzten zwei Monate (nicht zwingend Meldeadresse)	
<u>Bei Heimaufnahme / -aufenthalt:</u> Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate vor Heimaufnahme	
<u>Bei Einrichtungswechsel:</u> Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine Einrichtung?	
Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate vor Aufnahme in die erste Einrichtung	
Wer war der bisherige Kostenträger?	

11. Kosten der Unterkunft	
<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Untermiete <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Miteigentum <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> besondere Wohnform	
Anzahl der Bewohner	Personen
Sind in den letzten 12 Monaten Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft verstorben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname	

11.1. Mietwohnung			
Kaltmiete	EUR	Anzahl der Räume	
+ kalte Betriebskosten	EUR	Wohnfläche	m ²
+ Heizkosten	EUR	Baujahr	
= Gesamtmiete	EUR	Stellplatz bzw. Garage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erfolgt eine jährliche Nebenkostenabrechnung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wird der Stromabschlag direkt an den Stromanbieter gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Wärmepumpe	Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> zentral (über Heizung) <input type="checkbox"/> dezentral (über Boiler)
Nachweise	Mietvertrag, Mietanpassungsschreiben und letzte Nebenkostenabrechnung (mit Verbrauchswerten)		

11.2. Selbstbewohntes Wohneigentum					
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung		<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus		<input type="checkbox"/> Zwei- oder Mehrfamilienhaus	
Baujahr		Anzahl der Räume		Wohnfläche	m ²
<input type="checkbox"/> Warmwasseraufbereitung	<input type="checkbox"/> zentral (über Heizung) <input type="checkbox"/> dezentral (über Boiler)				
<input type="checkbox"/> Heizkosten	EUR	<input type="checkbox"/> Erdgas <input type="checkbox"/> Heizöl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Wärmepumpe			
<input type="checkbox"/> Wasser-/Abwassergebühren	EUR				
<input type="checkbox"/> Müllgebühren	EUR				
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	EUR				
<input type="checkbox"/> Straßenreinigung	EUR				
<input type="checkbox"/> Gebäudebrandversicherung	EUR				
<input type="checkbox"/> Gebäudehaftpflichtversicherung	EUR				
<input type="checkbox"/> Hausgeld	EUR	davon anteilige Rücklage		EUR	
<input type="checkbox"/> Tilgung	EUR	Zins		EUR	
<input type="checkbox"/>	EUR				
Nachweise	Bitte fügen Sie für sämtliche anfallenden Kosten die entsprechenden Nachweise bei (u.a. Gebühren- und Beitragsbescheide, Beitragsabrechnung der Versicherung, Wirtschaftsplan, Hausgeldabrechnung, Zins- und Tilgungsplan usw.).				

12. Anmerkungen

Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine 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 verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse z.B. Arbeitsaufnahme, Leistungen der Agentur für Arbeit usw. sowie Aufenthaltsverhältnisse sofort unaufgefordert mitzuteilen (Wohnortwechsel, Krankenhausaufenthalte und Kuren müssen sofort mitgeteilt werden, sonstige Abwesenheiten nur, wenn sie länger als drei Wochen dauern, z. B. Verwandtenbesuche).

Die Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Sozialgesetzbuch I (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Informationen zum Schutz personenbezogener Daten und deren Verarbeitung nach Artikel 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung durch das Landratsamt Ravensburg, Sozial- und Inklusionsamt, finden Sie auf der Internetseite des Landratsamtes unter dem Menüpunkt „Arbeit und Soziales“ bei den jeweiligen Leistungen. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen auch in Papierform.

Ich bin darüber informiert worden, dass personenbezogene Daten gem. Artikel 9 der Datenschutzgrundverordnung (DSG-VO) auf der Ausgabenseite meiner Kontoauszüge geschwärzt werden dürfen. Nicht geschwärzt werden darf jedoch der Überweisungsbetrag. Ich bin auch darüber informiert, dass das Landratsamt Ravensburg am automatisierten Datenabgleich gem. § 118 Sozialgesetzbuch XII teilnimmt.¹

Hinweis

Das Sozial- und Inklusionsamt hat zur Bearbeitung Ihrer Leistungen die elektronische Akte eingeführt. In diesem Zusammenhang werden **alle** eingehenden Dokumente und Unterlagen digitalisiert und nach einer kurzen Aufbewahrungsfrist von drei Wochen vernichtet.

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag daher keine Originaldokumente bei, sondern nur Kopien.

Die Leistungen bitte auf folgende Bankverbindung überweisen:

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller): _____

Institut: _____

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person/gesetzliche Vertretung

Unterschrift Ehegatte/in, Lebenspartner/in,
Partner/in

¹ Die Teilnahme am automatisierten Datenabgleich gem. § 118 SGB XII bedeutet, dass das Sozialamt Informationen von anderen Stellen (z. B. Bundesanstalt für Arbeit, Rentenversicherungsträgern, Sozialämtern, Krankenkassen) erhält, falls Sie von dort ebenfalls Leistungen beziehen.

Anlage 1 – Anlagenverzeichnis zum Antrag

Um eine zeitnahe Bearbeitung sicherstellen bzw. die Anforderung weiterer Unterlagen vermeiden zu können, bitten wir Sie die erforderlichen Nachweise vollständig entsprechend Ihrer Angaben dem Antrag beizufügen und diese in der Spalte Nachweise mit einem Kreuz (X) zu kennzeichnen.

Unterlagen, die zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden, bitten wir in der letzten Spalte ebenfalls mit einem Kreuz (X) zu versehen.

Nachweise (Bitte fügen Sie Ihrem Antrag keine Originaldokumente bei, sondern nur Kopien.)	wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Beidseitige Kopie des Aufenthaltstitels (sofern kein EU-Bürger)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde des (getrennt lebenden / geschiedenen) Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scheidungsurteil bzw. Unterhaltstitel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweis der Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Betreuerausweis / Beschluss bzw. Vollmacht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einkommensnachweise	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> letzter Rentenbescheid und Versicherungsverlauf bzw. Erstrentenbescheid	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Ablehnungs-)Bescheide über Sozialleistungen (SGB II, Wohngeld, Rente, Landesblindenhilfe usw.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vertrag zu vertraglich gesicherten Ansprüchen (z.B. Übergabevertrag)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweis zu Erb- und Pflichtteilsansprüchen (u.a. Testament, Erbschein, Nachlassverzeichnis)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung bzw. Beitragsnachweis der Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontoauszüge der letzten 6 Monate aller Bank- und Sparkonten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontenübersicht bzw. Kundenfinanzstatus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aktueller Nachweis über die Höhe des Bausparguthabens	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweis über vorhandene Geschäfts- und Genossenschaftsanteile	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweis über Wertpapiere/Fonds	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Versicherungsverträge (Lebens-, Sterbegeldversicherung, Altersvorsorge) inkl. Nachweis über Rückkaufwert	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grundbuchauszüge	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zulassungsbescheinigung Teil I (Fahrzeugschein) des Kfz	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweise zu Vermögensabgaben der letzten 10 Jahre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mutterpass	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ärztliches Attest über die Erforderlichkeit einer kostenaufwändigen Ernährung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vertrag oder Bescheinigung über die Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beitragsnachweise der Versicherungen (Privathaftpflicht, Hausrat, Kfz-Haftpflicht)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde der in den letzten 12 Monaten verstorbenen Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mietvertrag sowie letztes Mietanpassungsschreiben	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> letzte Nebenkostenabrechnung (mit Verbrauchswerten)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachweise zur Finanzierung des selbstbewohnten Wohneigentums	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hausgeld (bei selbstbewohntem Wohneigentum)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sonstige Nachweise für anfallende Kosten (bei selbstbewohntem Wohneigentum)	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich bei Leistungen der Hilfe zur Pflege	
<input type="checkbox"/> MDK Gutachten (Nur bei ambulanter Hilfe zur Pflege)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bescheide der Pflegekasse über Leistungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegekasse über den Leistungszuschlag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Heimvertrag (ohne Anlagen)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> letzte drei Heimrechnungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rechnungen des ambulanten Pflegedienstes bzw. Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/>