

## Anleitung

zum Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -

### I. Allgemeine Hinweise

Sozialhilfe wird nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch (**SGB**) zwölftes Buch (**XII**) - Sozialhilfe - geleistet. Zur Prüfung des Anspruches auf Sozialhilfe ist es erforderlich, dass detaillierte Angaben über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse gemacht werden, soweit diese im Zusammenhang mit dem Sozialhilfeantrag von Bedeutung sind. Sozialhilfe wird nachrangig gewährt. Nach § 2 SGB XII erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insb. von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.

Wir bitten um Verständnis dafür, dass die Fragestellungen recht umfangreich sind.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie die Fragen vollständig beantworten und fügen Sie erbetene Belege im Original oder in beglaubigter Fotokopie bei, um die ansonsten notwendigen Rückfragen und damit verbundene Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden.

Für ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen nach **telefonischer Vereinbarung** gern zur Verfügung.

### II. Bestandteile des Sozialhilfeantrages

Zu dem Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII gehören der vierseitige **Grundantrag GSH** sowie die **Anlage E** (Erklärung über die **Einkommensverhältnisse**) und die **Anlage V** (Erklärung über die **Vermögensverhältnisse**).

Bei Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen ist zusätzlich die **Anlage T** erforderlich.

Bei Leistungen des Betreuten Wohnens ist zusätzlich die **Anlage BW** auszufüllen.

Die **Anlage M** (Merkblatt über die **Mitwirkungspflichten**, Auszug aus dem Sozialgesetzbuch) erhalten Sie zu Ihrer Information zur Beachtung und zum Verbleib.

Das **Vorblatt GSH** soll Ihnen die Übersendung des Antrages an uns erleichtern und eröffnet Ihnen Raum für weitere Mitteilungen.

### III. Zuständigkeit

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen, überörtlicher Sozialhilfeträger, besteht aus drei Verwaltungen, die nach regionalen Gesichtspunkten in Kassel, Darmstadt und Wiesbaden angesiedelt sind.

Die Zuständigkeiten verteilen sich wie folgt:

Kassel	Darmstadt	Wiesbaden
Landeswohlfahrtsverband Hessen Überörtlicher Sozialhilfeträger Ständeplatz 6 - 10 34117 Kassel Telefon: 05611004 - 0	Landeswohlfahrtsverband Hessen Überörtlicher Sozialhilfeträger Steubenplatz 16 64293 Darmstadt Telefon 06151 801 - 0	Landeswohlfahrtsverband Hessen Überörtlicher Sozialhilfeträger Frankfurter Straße 44 65189 Wiesbaden Telefon: 0611 156 - 0
<b>zuständig für:</b> Stadt Kassel Landkreis Kassel Werra <input type="checkbox"/> Meißner <input type="checkbox"/> Kreis Landkreis Waldeck <input type="checkbox"/> Frankenberg Schwalm - Eder <input type="checkbox"/> Kreis Landkreis Hersfeld <input type="checkbox"/> Rotenburg Landkreis Marburg Biedenkopf Landkreis Fulda	<b>zuständig für:</b> Stadt Darmstadt Stadt Offenbach Landkreis Offenbach Vogelsbergkreis Wetteraukreis Landkreis Groß <input type="checkbox"/> Gerau Landkreis Darmstadt - Dieburg Main <input type="checkbox"/> Kinzig <input type="checkbox"/> Kreis Odenwaldkreis Landkreis Bergstraße	<b>zuständig für:</b> Stadt Frankfurt Stadt Wiesbaden Rheingau <input type="checkbox"/> Taunus <input type="checkbox"/> Kreis Main <input type="checkbox"/> Taunus <input type="checkbox"/> Kreis Landkreis Limburg <input type="checkbox"/> Weilburg Lahn <input type="checkbox"/> Dill <input type="checkbox"/> Kreis Landkreis Gießen Hochtaunus <input type="checkbox"/> Kreis

**Innerhalb der Regionalverwaltungen gliedert sich die Zuständigkeit nach folgenden Zielgruppen:**

1. Fachbereich 204: - Fachbereich für Menschen mit einer körperlichen oder einer Sinnesbehinderung, Hilfen für Blinde und wesentlich sehbehinderte Menschen
2. Fachbereich 206: - Fachbereich für Menschen mit einer geistigen Behinderung
3. Fachbereich 207: - Fachbereich für Menschen mit einer seelischen Behinderung und für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung

**Bitte beachten Sie folgendes:**

- a) Sollte die Betreuungseinrichtung noch nicht feststehen, ist der Antrag an die Regionalverwaltung zu richten, in deren Bereich die nachfragende Person ihren Wohnort hat.
- b) Bei teil- und stationären Maßnahmen ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich sich die Betreuungseinrichtung (z.B. Werkstatt für behinderte Menschen, Tagesförderstätte, Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen, Wohnheim, Krankenhaus etc.) befindet.
- c) Bei Leistungen im Betreuten Wohnen ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich sich der Ort des Betreuten Wohnens befindet.
- d) Bei Leistungen im Begleiteten Wohnen in Familien ist die Regionalverwaltung zuständig, in deren Bereich das Begleitete Wohnen in einer Familie erfolgen soll.

## IV. Grundantrag GSH

Herr Müller ist Angestellter bei der Firma „Gummiwerke Meier“ in Baunatal. Er heißt mit Vornamen Heinz, ist am 28.12.1960 geboren und wohnt in Kassel, Kölnische Straße 45. Herr Müller ist verwitwet, seine verstorbene Ehefrau war nicht berufstätig. Herr Müller ist alkoholabhängig und will am 01.10.2014 eine Nachsorge-maßnahme im „Katharina-Schmidt-Haus“ in Schwalmstadt / Treysa antreten.

LANDESWOHLFAHRTSVERBAND HESSEN

- Überörtlicher Sozialhilfeträger -



### GSH: Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -

Leistungen in Einrichtungen/im Betreuten Wohnen/im Begleiteten Wohnen in Familien/in einer Pflegefamilie/als Persönliches Budget

Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen		Name der Einrichtung/Träger des Betreuten Wohnens/Familie:	Aufnahmetag:	
1	<input checked="" type="checkbox"/> stationär	<u>Katharina-Schmidt-Haus</u>	<u>01.10.2014</u>	
2	<input type="checkbox"/> teilstationär *	<u>Schwalmstadt - Treysa</u> <small>(* bei Werkstätten für behinderte Menschen ist ergänzend Anlage T - LWV 01-3-204 - auszufüllen)</small>		
3	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen*			
		<small>(* bei Betreutem Wohnen ist ergänzend Anlage BW - LWV 01-3-215 - auszufüllen)</small>		
4	<input type="checkbox"/> Begleitetes Wohnen in Familie/in einer Pflegefamilie			
5	<input type="checkbox"/> freiwillig			
6	<input type="checkbox"/> auf Antrag des/der	<input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Vormunds	<input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin
7	<input type="checkbox"/> aufgrund HFEG			
7.1	<input type="checkbox"/> § 1 HFEG	aufgrund gerichtlichen Beschluss vom _____	Az. des Gerichts: _____	
7.2	<input type="checkbox"/> § 10 HFEG	aufgrund polizeilicher Anordnung vom _____		
8	<input type="checkbox"/> sonstige Rechtsgrundlage:	_____	Az. des Gerichts: _____	
		<small>(bitte angeben, z.B.: § 1906 BGB)</small>		

### Ergänzende Leistungen (Annexleistungen)

9	z. B. zur Aufrechterhaltung des Haushaltes; ambulantes Pflegegeld; Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln (außer Kfz.-Hilfen; hier ergänzend Anlage KFZ - LWV 01-3-206 - ausfüllen), sowie Krankenfahrzeu- gen - Benötigt wird:
---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9a	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 1-3 und 9 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget.
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Was müssen Sie eintragen?

#### Zeile 1 bis 9a:

Wir bitten - soweit bereits bekannt - darum, den Namen und die vollständige Anschrift der/des aufnehmenden Einrichtung, Trägers des Betreuten Wohnens oder Familie sowie den - geplanten - Aufnahmetag konkret und detailliert darzulegen.

- stationäre Leistungen umfassen z.B. die Betreuung in Alten- und Pflegeheimen, Nachsorgeeinrichtungen, Übergangswohngemeinschaften, Wohnheimen, heilpädagogischen Einrichtungen, Zentren für Soziale Psychiatrie, sonstigen Krankenhäusern etc.
- teilstationäre Leistungen sind z.B. die Betreuung in einer Tagesklinik, einem Tagespflegeheim oder in Werkstätten für behinderte Menschen
- Betreutes Wohnen ist ein Angebot für behinderte Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten.

- Begleitetes Wohnen in Familien ist ein Angebot für behinderte Menschen, die in einer Familie aufgenommen werden und dort mit professioneller Begleitung durch einen Fachdienst Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten. Bei Bedarf sind Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beim LWV Hessen zu beantragen.
- Ergänzende Leistungen können bei Bedarf zusätzlich zu den Hauptleistungen (stationäre und/oder teilstationäre Leistungen, Betreutes Wohnen, Begleitetes Wohnen in der Familie) beantragt werden. Zu den ergänzenden Leistungen gehören u. a. die Eingliederungshilfe nach Kapitel 6 (die sogenannten Assistenzleistungen, wie zum Beispiel Begleitung bei Sport-/Kulturveranstaltungen, Übernahme von Fahrtkosten, behinderungsbedingte Hilfen zur Aufrechterhaltung des Haushalts) und die Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 (die Hilfen zur Pflege, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht zur Finanzierung der Pflegeleistungen ausreichen; eine Haushaltshilfe, damit die eigene Wohnung aufrecht erhalten werden kann).
- Es besteht auch die Möglichkeit, die unter den Punkten 1 - 3, 9 genannten Leistungen als Persönliches Budget zu beantragen. Das bedeutet, dass Sie die beantragte Leistung, sofern Sie einen entsprechenden Bedarf und Anspruch haben, in Form einer Geldleistung ausgezahlt bekommen. Mit diesem Betrag können Sie sich die Leistung bei einem Anbieter Ihrer Wahl einkaufen. Die individuellen Ziele und deren Umsetzung sind mit dem LWV Hessen in einer Zielvereinbarung festzulegen.

Angaben zur nachfragenden Person			
10	Name: Müller		
11	Vorname: Heinz		
12	Ggf. Geburtsname:		
13	Straße, Hausnummer: Kölnische Straße 45		
14	PLZ: 34117	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme: Kassel	
15	Telefon: 05611234567	Fax: /	E-Mail-Adresse: /
16	Geb.-Datum: 28.12.1960	Staatsangehörigkeit: deutsch	
17	Geburtsort und -kreis: Uschlag, Kreis Göttingen		
18	Geschlecht: m	Familienstand (ledig/verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft/getr. lebend/geschieden/verwitwet): verwitwet	seit: 12.06.2006

### Was müssen Sie eintragen?

#### Zeile 10 bis 20:

Tragen Sie Ihren Namen und Ihre Anschrift, sofern gegenwärtig keine Anschrift vorhanden ist, die letzte Anschrift vor Aufnahme in die Einrichtung, ein. Bitte achten Sie auf die genauen Bezeichnungen des Berufes und des Arbeitgebers.

#### Zeile 21 bis 29:

Soweit bei dem zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder ausgestellt wurde, ist dies einzutragen. Gleiches gilt für die Beantragung oder das Bestehen eines Betreuungsverhältnisses oder einer Vormundschaft. Aussiedler, Vertriebene und Asylberechtigte müssen hier ihre Anerkennung nachweisen.

Herr Müller wohnte vom 01.12.2008 bis 18.06.2014 in Köln, Bremer Straße 26. Er ist bei der AOK Kassel krankenversichert, Herr Müller ist Mitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund). Sein Sohn Thomas, geboren 13.04.1992, wohnt mit ihm in Haushaltsgemeinschaft. Thomas ist Kfz-Schlosser und arbeitet bei der Firma „Autohaus Pfeiler“.

Aufenthaltsverhältnisse		
Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Aufnahme (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort übereinstimmt):		
von	bis	Straße, Ort
30	01.12.2008	18.06.2014
31		Bremer Straße 26, Köln
32		
33		
Erfolgte die Einreise aus dem Ausland?		
34	<input type="checkbox"/> Nein	
35	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ aus: _____ (Zeit und Ort des Grenzübertritts)	
Wurde nach dem Grenzübertritt Sozialhilfe bezogen?		
36	<input type="checkbox"/> Nein	
37	<input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____ zahlende Stelle: _____	

**Was müssen Sie eintragen?**

**Zeile 30 bis 33:**

Tragen Sie bitte die genaue(n) Anschrift(en) Ihrer Aufenthaltsverhältnisse (Wohnorte) der letzten beiden Monate vor der Aufnahme ein. Sie sind besonders wichtig, um die örtliche Zuständigkeit des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen überprüfen zu können.

**Zeile 34 bis 37:**

Die Frage nach der Einreise aus dem Ausland und nach dem Bezug von Sozialhilfe sind erforderlich für die Prüfung, ob der Landeswohlfahrtsverband Hessen seinerseits (Kostenerstattungs-) Ansprüche gegen einen anderen Sozialhilfeträger hat.

**Zeile 38:**

Die Beantwortung dieses Punktes ist wichtig, damit der LWV Hessen klären kann, auf welcher Rechtsgrundlage ggf. Leistungen zu erbringen sind.

**Zeile 39 bis 42:**

Die Frage, inwieweit Sie oder ein / e Familienangehörige / r Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz haben, ist erforderlich, da unter Umständen ein anderer Leistungsträger, z.B. Hauptfürsorgestelle, ganz oder teilweise zur Leistung verpflichtet sein könnte.

### Anspruch gegen Dritte

Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?

43  Nein

Name, Anschrift: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

44  Ja, bei: AOK, Geschäftsstelle Jassel 120 169

45  pflichtversichert  Rentner/in  als Fam.-Angehörige/r des/der \_\_\_\_\_

46  freiw. Mitglied  Rentenantragsteller/in  privat versichert  nach § 264 SGB V

(Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid über die Festsetzung der Pflegestufe beifügen!)

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

47  Nein

48  Ja, am: \_\_\_\_\_  
(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden?

49  Nein kein Anspruch auf Witwenrente

Name, Anschrift: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.: \_\_\_\_\_

50  Ja, bei: Deutsche Rentenversicherung Bund 970156 28 160 H 504

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

51  Nein

52  Ja, am: 20.09.2014  
(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Was müssen Sie eintragen?

Zeile 43 bis 58:

Diese Angaben werden benötigt, da Leistungen Dritter einer Sozialhilfeleistung immer vorgehen.

### Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige

	Vater	Mutter	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in	Kind 1	Kind 2
59 Name, ggf. Geburtsname				Müller	
60 Vorname				Thomas	
61 Geburtsdatum				13.04.1992	
62 Straße, Haus-Nr.				Köln Str. 45	
63 Wohnort				34117 Jassel	
64 Telefon				/	
65 Fax				/	
66 E-Mail-Adresse				/	
67 ausgeübter Beruf				Kfz-Schlosser	
68 Arbeitgeber				Autobau Pfeifer	

Was müssen Sie eintragen?

Zeile 59 bis 68:

Tragen Sie bitte sämtliche Verwandte, d.h. Eltern, Kinder, Ehegatte, eingetragener/r Lebenspartner/in sowie Partner in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft ein und achten Sie auf vollständige Angaben.

## V. Anlage E

Herr Müller erhält von seinem Arbeitgeber, den Gummiwerken Meier, Nettobezüge in Höhe von 1.448,16 €. Er zahlt eine Kaltmiete von 325 €, zuzüglich 84 € für Heizung und 28 € für sonstige Nebenkosten. Herr Müller hat folgende monatliche Aufwendungen: für Fahrten zum Arbeitsplatz mit öffentlichen Verkehrsmitteln 50 €, Gewerkschaftsbeitrag 14 €, Haftpflichtversicherung 4 €, Hausratversicherung 11 €.

**Anlage E: Erklärung über die Einkommensverhältnisse**  
 der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen  
 (bei Verheirateten: Ehegatte, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: Lebenspartner/in, Partner/in  
 in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft, bei  
 minderjährigen unverheirateten Kindern: die Eltern)  
 (Bitte Belege beifügen!)

69	Name des Einkommensbeziehers/ der Einkommensbezieherin	Einkommensart	Betrag €	zahlende Stelle	Aktenzeichen ggf. mit Post- abrechnungsnummer
	Müller, Heinz	Vergütung	1448,16	Gummiwerke Meier Baunatal	P 26 93 872

Was müssen Sie eintragen?

**Zeile 69 bis 70:**

Tragen Sie bitte **sämtliche Einkommen**, Renten oder Lohnersatzleistungen von Ihnen und Ihren gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen ein.

**Kosten der Unterkunft** (falls erforderlich bitte gesondertes Beiblatt verwenden):

71	Monatliche Miete:	Mietnebenkosten:	Art der Nebenkosten:
	325,-	112,-	Heizung 84,- €, Wasser, Abwasser 28,- €
72	Höhe der jährlichen Belastungen bei Haus-/Wohnungseigentum (bitte Belege beifügen):		
73	Lebt die nachfragende Person mit anderen als den in der Zeile 59 genannten Personen in häuslicher Gemeinschaft?		
	<input checked="" type="checkbox"/> Nein		
74	<input type="checkbox"/> Ja, _____		

Was müssen Sie eintragen?

**Zeile 71 bis 74:**

Tragen Sie bitte umfassend die Kosten, die im Zusammenhang mit der Wohnung stehen, ein. Bitte geben Sie Nebenkosten aufgeschlüsselt nach Heizung und sonstigen Nebenkosten an. Bitte achten Sie insgesamt auf die Angabe der Gesamtkosten, eine möglicherweise erforderliche Aufteilung von Kosten anteilig auf Haushaltsangehörige erfolgt durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen.

Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen):

	nachfragende Person	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in	1.	2.	3.
75	Aufwendungen für Arbeitsmittel/ Fahrtkosten  50,- € Fahrkarte Straßenbahn				
76	Beiträge zu Berufsverbänden  14,- €				
77	Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung				
78	Beiträge für Versicherungen  Art: Haftpflicht 4,- €				
79	Art: Hausrat 11,- €				

Was müssen Sie eintragen?

**Zeile 75 bis 84:**

In den genannten Zeilen tragen Sie bitte die monatlichen Beträge ein. Bitte geben Sie Aufwendungen für Arbeitsmittel und Fahrtkosten getrennt an. Sofern Sie nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Ihrem Arbeitsplatz gelangen, nennen Sie bitte die Art des benutzten Verkehrsmittels sowie die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte. Bei Versicherungen geben sie bitte insbesondere den Versicherungsgrund an. Soweit Unterhaltszahlungen erfolgen, ist die Grundlage hierfür (z.B. Gerichtsurteil, freiwillige Vereinbarung) darzustellen.



## VI. Anlage V

Herr Müller hat ein Sparkonto bei der Kasseler Bank in Kassel mit einem Kontostand von 4.468 €. Es besteht eine Lebensversicherung bei der Allianz über den Betrag von 6.000 €, Versicherungsablauf im Jahre 2020. Vor drei Jahren hat Herr Müller ein Wiesengrundstück zum Preis von 2.340 € veräußert.

Anlage V: Erklärung über die Vermögensverhältnisse	
der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte-E, bei eingetragener Lebenspartnerschaft: Lebenspartner/in-LP, Partner/in in eheähnlicher oder Lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft,-P, bei minderjährigen unverheirateten Kindern: die Eltern-M/V)	
85	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen. <input checked="" type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) folgendes Vermögen: (Bitte Belege beifügen!)
86	a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der nachfragenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!):  IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: <u>DE 0752 090000 000 2096 854</u> Betrag: <u>4.468,- €</u> Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/MV/LP/P): <u>Kasseler Bank</u>
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____ Betrag: _____ Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/MV/LP/P): _____
90	e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche) <u>Lebensversicherung Wert: 6000,- €, zahlbar 2020 bei der Allianz</u>

Was müssen Sie eintragen?

**Zeile 85 bis 90:**

In den genannten Zeilen ist das bei Antragstellung **tatsächlich vorhandene** Vermögen aufzuführen. Dies gilt - wie bei der Anlage E - für Sie und den / die gesteigert Unterhaltspflichtige / n.

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)	
91	Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.
92	<input checked="" type="checkbox"/> folgendes Vermögen <input checked="" type="checkbox"/> veräußert: <input type="checkbox"/> übertragen: <input type="checkbox"/> verschenkt: Bezeichnung:      Wert:      Datum:      an (Name, Anschrift): <u>Wiesengrund</u> <u>2.340,-</u> <u>01.10.2011</u> <u>Schmidt, Anna, Müllerweg 12, Kassel</u>
(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)	

Was müssen Sie eintragen?

**Zeile 91 bis 92:**

Diese Fragen sind für die Sozialhilfeleistung von besonderer Bedeutung: So regelt beispielsweise das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in § 528, dass die Rückforderung eines Geschenkes möglich ist, dies innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren.

## VII. Anlage T

Tobias Meier, geboren am 20.06.1994, besucht die Werkstatt der Baunataler-Diakonie Kassel ab dem 01.08.2014. Für die Zeit vom 01.08.2014 bis 31.10.2014 hat die Agentur für Arbeit in Kassel die Kosten für den Besuch der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) übernommen. Ab dem 01.11.2014 wechselt Herr Meier in den Produktionsbereich. Herr Meier lebt gleichzeitig in einem Wohnheim des gleichen Trägers in Kassel - Waldau. Die Kosten trägt der Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachbereich 206, in Kassel. Die Kostenübernahme wurde mit Bescheid vom 01.08.2014 unter dem Geschäftszeichen 206.1.00-10/13745 ausgesprochen.

### Anlage T: Teilstationäre Eingliederungshilfe in Werkstätten für behinderte Menschen

93	Name der Einrichtung/Werkstatt für behinderte Menschen: <u>Baunataler Diakonie, Kassel</u>
94	Beginn der Maßnahme: <u>01.11.2014</u>
95	Fachbereich: <input type="checkbox"/> Arbeits-/Produktionsbereich <input type="checkbox"/> _____
96	Bisherige Förderungsmaßnahme/n (z.B. Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in einer anerkannten WfbM): von: <u>01.08.2014</u> bis: <u>31.10.2014</u> in: <u>Baunataler Diakonie, Kassel</u> Kostenträger dieser Maßnahme: <u>Agentur für Arbeit, Kassel</u> von: _____ bis: _____ in: _____ Kostenträger dieser Maßnahme: _____ von: _____ bis: _____ in: _____ Kostenträger dieser Maßnahme: _____

#### Was müssen Sie eintragen?

##### Zeile 93 bis 96:

Hier ist die genaue Bezeichnung und Anschrift der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), für die ein Kostenübernahmeantrag gestellt wird, anzugeben. Mit „Beginn der Maßnahme“ in Zeile 94 wird derjenige Zeitpunkt abgefragt, ab dem die Kostenübernahme durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen, überörtlicher Sozialhilfeträger, beantragt wird. Näheres hierzu erfahren Sie von der aufnehmenden bzw. betreuenden Werkstatt für behinderte Menschen.

	Ist/Wird gleichzeitig eine Wohnheimbetreuung beantragt bzw. durchgeführt?
97	<input type="checkbox"/> nein
98	<input checked="" type="checkbox"/> ja, in folgender Einrichtung: <u>Wohnheim der Braunfelder Diakonie Kassel, Kassel-waldau</u>
99	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? <u>LWV Hessen, Fachbereich 206, Kassel</u>
100	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: <u>01.08.2014</u> <u>206.1.00 - 10113745</u>

**Was müssen Sie eintragen?**

**Zeile 97 bis 100:**

Häufig ist die Betreuung und Versorgung von Werkstattmitarbeitern / innen in der häuslichen Umgebung nicht möglich. Die betreffende Person beantragt daher die Betreuung in einem Wohnheim bzw. befindet sich bereits in einem solchen. Ist dies der Fall, so benötigen wir unbedingt die Angabe des Wohnheims sowie der gegebenenfalls bestehenden Kostenzusicherung mit Aktenzeichen.

