

	Eingliederungshilfefall: Geburtsdatum:
	Az. 50 32 40

Auskunft über Einkommens- und Vermögensverhältnisse

1 a) Einkommen des volljährigen Hilfesuchenden (HS)

Volljähriger HS: Art des Einkommens
Volljähriger: Monatlicher Brutto-Betrag in Euro

1 b) Einkommen der im Haushalt lebenden Elternteile und des minderjährigen HS

Vater: Art des Einkommens
Vater: Monatlicher Brutto-Betrag in Euro
Mutter: Art des Einkommens
Mutter: Monatlicher Brutto-Betrag in Euro
Minderjähriger HS: Art des Einkommens
Minderjähriger HS: Monatlicher Brutto-Betrag in Euro

1 c) Bezug anderer Leistungen

Ich erhalte Leistungen vom (bspw. Jobcenter, Sozialamt):
--

Bitte den Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres beifügen! Liegt dieser nicht vor, weisen Sie bitte Ihr aktuelles Einkommen nach (aktueller Rentenbescheid, sonstiger Nachweis des aktuellen Einkommens) oder legen Sie bitte eine Nichtveranlagungsbescheinigung vor. Legen Sie ggf. bitte die entsprechenden Leistungsbescheide des bspw. Jobcenters oder Sozialamtes vor.

2. Bargeld, Guthaben (z.B. aller Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen *(Bitte Nachweise beifügen!)*

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in Euro
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Girokonto / Tagesgeldkonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge (Anlageform angeben)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lebensversicherung/Rentenversicherung/Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:

Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Forderungen: Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges Vermögen: (hochwertige Wertgegenstände wie z. B. Kfz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nähere Beschreibung des Vermögens			
Paypal-Konten			
Kein Vermögen <input type="checkbox"/>			

3. Angaben zu Immobilien und Grundstücken

Sind Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner, die minderjährige hilfeschuchende Person Mit-/Eigentümer/in von Immobilien und/oder Grundbesitz?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art der Immobilie und des Grundbesitzes	Lage angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	Größe		
		a) Grundstücksfläche in m ²	b) Wohnfläche in m ²	
Hauseigentum		a)	b)	
Wohnungseigentum		a)	b)	
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		a)	b)	
Sonstiges Haus- oder Grundvermögen		a)	b)	

4. Vermögensübertragungen

Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere
Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

ja, in den letzten 10 Jahren ja, vor über 10 Jahren nein

Haben Sie jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

nein ja

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen "ja" angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte Person (Name, Adresse, ggf. Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)	Höhe/Wert der Zuwendung

5. Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor z. B. Vertrag, Urteil, etc.)

Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigter: _____ Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____
Verzicht auf vertragliche Rechte	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Erläuterung: _____

6. Grundsicherung / Hilfe zur Pflege

Ich erhalte Leistungen der Grundsicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich erhalte Hilfe zur Pflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Einverständniserklärung

Zustimmung zur Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach §§ 22 SGB IX:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahren verantwortliche Rehabilitations- träger gem. § 22 SGB IX andere öffentliche Stellen (z.B. Pflegeversicherung, Integrationsämter, Jobcenter, Betreuungsbehörde) in die Erstellung des Teilhabeplanes einbezieht, sofern dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfserforderlich ist.

ja nein

Wichtige Hinweise:

Ich bitte Sie, alle Angaben durch entsprechende Belege nachzuweisen!

Zwecks Nachweis des Einkommens bitte ich um Vorlage des Einkommenssteuerbescheides des Vorvorjahres! Liegt dieser nicht vor, weisen Sie bitte Ihr aktuelles Einkommen nach (aktueller Rentenbescheid, sonstiger Nachweis des aktuellen Einkommens), oder legen Sie bitte eine Nichtveranlagungsbescheinigung vor.

Zusätzliche Erläuterungen und Angaben:

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

(Unterschrift)