

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Eingangsdatum:

Aktenzeichen:  
40-1515-

- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in stationären Einrichtungen (ggf. mit Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII) und/oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII))
- sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe (Sechstes Kapitel SGB XII), und zwar:
- sonstige Leistungen nach dem SGB XII, und zwar:

Antragsbegründung/Art der beantragten Maßnahme bzw. Leistung:

1. Persönliche Verhältnisse:	der nachfragenden Person	des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) oder der Eltern (wenn nachfragende Person minderjährig und ledig)	
		<input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Name (ggf. Geburtsname angeben)			
Vorname/n			
Geburtsdatum	____.____.____	____.____.____	____.____.____
Geburtsort / Kreis			
Familienstand (wenn geschieden: Urteil beifügen!)			
Staatsangehörigkeit (ggf. weitere)			
Aufenthaltsstatus (ausländische Mitbürger)			
Wohnort			
Straße, Nr.			
Telefon			
Ausweisdokument			
Nummer des Ausweisdokuments			
Rentenversicherungsnummer			
<b>Gesetzliche Betreuung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte rechts ankreuzen ⇒  wenn ja, bitte Name und Adresse des Betreuers angeben und <b>Bestellungsurkunde beifügen!</b>	Name, Vorname _____  Adresse _____ _____  Telefon _____	<input type="checkbox"/> <b>alle Aufgabenkreise</b> <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Ämter- u. Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <b>mit Einwilligungsvorbehalt für folgende Aufgabenkreise:</b>  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<b>Schwerbehindertenausweis vorhanden?</b> (bitte Kopie beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ja GdB _____ Merkzeichen _____ Gültig bis _____.____.____		
Schulabschluss			
Erlerner Beruf			
Derzeitige Tätigkeit			

**2. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)**

<b>Nachfragende Person</b>		<b>Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)</b>	
Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse	
<b>Versicherungs-/Mitgliedsnummer</b>	<b>Ggf. Pflegestufe</b>	Versicherungs-/Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:		Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:	
Name, Vorname	Geburtsdatum	Name, Vorname	Geburtsdatum
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer	

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 SGB V Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich folgende gesetzliche Krankenversicherung im Bereich des Sozialhilfeträgers zu meiner Krankenkasse (gilt nur für Maßnahmen in stationären Einrichtungen):

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

**3. Familienverhältnisse:** Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z. B. Ehepartner(in), Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Pflegeeltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.):

	1	2	3	4	5
<b>Name (ggf. auch Geb.-name), Vorname</b>					
<b>Geburtsdatum</b>	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Geburtsort</b>					
<b>Familienstand</b>					
<b>Verwandtschaftsverhält. z. nachfr. Person</b>					
<b>Wurde Unterhaltsanspr. geltend gemacht?</b>	<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 - _____ €
<b>Beruf</b>					

**4. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft** (Kinder, auch aus früheren Ehen – nichteheliche Kinder, Adoptivkinder, elternlose Enkel, Eltern [auch verstorben], Großeltern, getrennt lebender Ehegatte):

Name (ggf. Geburtsname) Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverh. zur nachfragenden Person	Familienstand	Unterhaltsanspruch geltend gemacht?	Beruf	Wohnort Straße, Nr.	Ggf. verstorben am
1.	.....			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			.....
2.	.....			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			.....
3.	.....			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			.....
4.	.....			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			.....
5.	.....			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			.....

**5. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person:**

Zugang an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgt am: ..... von (letzte Adresse): .....

Wurde bereits Sozialhilfe geleistet?  
 nein  
 ja, von folgendem Sozialamt: \_\_\_\_\_ bis .....

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor Beantragung der Hilfe  
 (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z. B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt, Pflegefamilie, eigene Wohnung etc.)

von – bis	In (Zeiten, Orte, ggf. mit Kreiszugehörigkeit, lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung
..... - .....	.....	<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

Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung \_\_\_\_\_ Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung .....

**6. Einkommensverhältnisse des Hilfesuchenden und der im Haushalt lebenden Personen (§§ 82 ff. SGB XII):**

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleistungen für zusammenhängende 12 Monate beifügen)

Art des Einkommens monatlich EUR	Nachfragende Person	Ehegatte/Lebenspartner		oder	Vater
		Mutter			
Arbeitseinkommen	€	€	€	€	€
Sonderzahlung (Weihnachts-, Urlaubsgeld, Gratifikationen etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)
	_____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	_____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	_____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	_____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	_____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)
Eink. aus Gewerbe, Handel	€	€	€	€	€
Miet- u. Untermieteinnahmen	€	€	€	€	€
Eink. aus Landwirtschaft oder Pachtvertrag	€	€	€	€	€
Pensionen, Versorgungs- bezüge u. ä.	€	€	€	€	€
Kindergeld Kindergeld-Nr.: _____	€	€	€	€	€
Elterngeld	€	€	€	€	€
Krankengeld	€	€	€	€	€
Pflegegeld	€	€	€	€	€
<b>Renten aus der Sozialversicherung</b>					
<input type="checkbox"/> Altersrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Witwen/-r, Waisenrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> befristet bis _____	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> unbefristet	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unfallrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Betriebsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Leibrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> sonst. Rente _____	€	€	€	€	€
Leistungen der Agentur für Arbeit / des Leistungszentrums <input type="checkbox"/> ALG I, <input type="checkbox"/> ALG II etc.)	€	€	€	€	€
<b>Sonstige Einkünfte:</b>					
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Grundsicherung	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> BAföG-Leistungen	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhalt	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> _____	€	€	€	€	€

**7. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und besondere finanzielle Belastungen (Bitte Nachweise beifügen)**

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

Art der Belastung	Nachfragende Person (NP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)		Art der Belastung	Nachfragende Person (NP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)	
		Uz				Uz	
Krankenversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Hausratversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Pflegeversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Haftpflichtversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Rentenversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Beiträge Berufsverband	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Altersvorsorgebeiträge	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	PKW-Haftpflichtvers.	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Unfallversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Arbeitsmittel	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Sterbeversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	<b>Fahrtkosten Arbeitsplatz</b>			
Lebensversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	- m. öffentl. Verkehrsmittel	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
				- mit PKW	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
				- mit Motorrad/ -roller	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Rechtsschutzvers.	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	- mit Mofa	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Berufsunfähigkeitsvers.	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	sonstige absetzbare Beträge (Tilgung Schulden)	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
<b>NP</b>	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz) und sonstigen abzusetzenden Beträgen – auch Schulden						
<b>Uz</b>							

**8. Kosten der Unterkunft (§ 29 SGB XII)**

Ich bin / Wir sind	<input type="checkbox"/> Mieter(in)	<input type="checkbox"/> mietähnlich/Nutzungsberechtigte(r)	von Wohnraum <i>(Mietvertrag/-bescheinigung beifügen)</i>
Miete beträgt _____ € <small>(Kaltmiete zzgl. Vorauszahlung für Betriebskosten)</small>	Wohngeld wird gezahlt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____		monatlich gewährtes Wohngeld beträgt _____ €
Heizkosten betragen _____ €	Bewilligt von – bis _____		
		<input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid beifügen)	

**9. Haus- und Grundbesitz**

Ich bin / Wir sind Eigentümer von Haus und Grund  nein  ja → bitte Anlage G anfordern!

**10. Vermögen (§ 90 SGB XII)**

**Spar- und Bankguthaben (auch Sparverträge, z. B. vermögenswirksames Sparen, Bausparverträge etc.):**

Ich / Wir habe(n) kein Spar- und Bankguthaben  
 Ich / Wir habe(n) Spar- und Bankguthaben bei:

Geldinstitut	IBAN (Konto) oder Vertragsnummer BIC	Nachfragende Person €	Ehegatte/Lebenspartner – Eltern bei Minderjährigen €
	IBAN: _____ BIC: _____		
	IBAN: _____ BIC: _____		
	IBAN: _____ BIC: _____		
	IBAN: _____ BIC: _____		

Nachweise sind beizufügen!

**Sonstige Vermögenswerte:**

Ich / Wir habe(n) kein sonstiges Vermögen  
 Ich / Wir habe(n) Vermögenswerte in folgender Form:

Art des Vermögens	Nachfragende Person €	Ehegatte/Lebenspartner – Eltern bei Minderjährigen €
<b>Bargeld</b>		
<b>Aktien, Pfandbriefe, Schatzbriefe, sonst. Wertpapiere</b>		
Art der Einlage	ggf. Vertrags-/Depot-Nr.:	
<b>Hypotheken, Darlehen, sonst. Forderungen</b>		
Art der Forderung	ggf. Vertrags-Nr.:	
<b>Lebens-, Sterbe- und private Rentenversicherungen</b>		
Art der Einlage	ggf. Vertrags-/Depot-Nr.:	
<b>Sachwerte (z. B. *PKW, Schmuck, Kunstgegenstände etc.)</b>		
Art des Sachwertes	ggf. Fahrzeugschein beifügen	
<b>Weiterer Grundbesitz, Wohnungs- u. Miteigentum</b>		
→ Bitte Anlage G anfordern!		
<b>Anlage- und Betriebsvermögen</b>		
Art / nähere Bezeichnung		
<b>Ich / Wir habe(n) Ansprüche aus:</b>		
Altenteilsvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	
Überlassungsvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	
Erbanspruch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	
Leibrentenvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	
Kaufvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	
Sonstige Sachwerte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	

Ich / Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Grundbesitz, Bargeld, Kfz. etc.)

nein  ja, folgendes:

Art/Bezeichnung	Wert in €	Empfänger (Name, Geburtsdatum, Anschrift)

**11. Sonstiges:**

a. Sind Sie <b>Kriegsbeschädigter</b> oder <b>–hinterbliebener</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b. Sind <b>Kinder</b> oder <b>Enkel d. Hilfesuchenden</b> durch <b>Kriegs-, Wehrdienst – od. Schädigungsfolgen</b> verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja: Name, Geburtsdatum; wann und wo verstorben:	
c. Besteht ein <b>Rentenanspruch</b> , ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ am _____
d. Falls der Antrag abgelehnt wurde	wann _____ warum _____
e. Liegt ein <b>Impfschaden</b> vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ am _____
f. <b>Opfer von Gewaltverbrechen</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ am _____
g. <b>Behinderung durch Unfall</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ (Verursacher) am _____
h. <b>Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten</b> ?	

**Nicht geklärte Ansprüche:**

Glaubt die nachfragende Person oder ihr Ehegatte, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält:

- aus dem Lastenausgleich  
 aus der Sozialversicherung  
 als Kriegsbeschädigter  
 aus Unfall  
 aus Krankheit  
 aus anderem Rechtsgrund,

wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

**Bankverbindung der nachfragenden Person:**

IBAN (Konto)	BIC	Kreditinstitut
Kontoinhaber		

**Erklärung der nachfragenden Person und seines Ehegatten/Lebenspartner/Lebensgefährten, bei Minderjährigen des/der Personensorgeberechtigten:**

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und 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-, Familien- und Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Krankenhaus- oder Heimaufnahme, vorübergehende Abwesenheit von 2 oder mehr Monaten) sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Über die bestehenden Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 – 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich informiert; der Erhalt der Anlage „Mitwirkung des Leistungsberechtigten“ wird bestätigt.

Eine Erhebung der vorstehend aufgeführten Daten erfolgt nach den Bestimmungen des SGB XII i. V. m. den §§ 60 ff. SGB I sowie §§ 67 ff. SGB X. Gemäß § 118 Abs. 1 SGB XII können die dort bestimmten Daten anderer Sozialhilfeträger und anderer Sozialleistungsträger, den Arbeitsämtern, den gesetzlichen Trägern der Unfall-, Renten- oder Krankenversicherung, dem Bundesamt für Finanzen abgeglichen werden. Die erhobenen Daten werden maschinell verarbeitet, gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an eine zentrale Vermittlungsstelle übermittelt (§ 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII – Sozialhilfedatenabgleichsverordnung [SozihidAV]).

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person oder gesetzliche Vertretung	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Unterschrift des Aufnehmenden
------------	--	--	-------------------------------

Folgende Anlage(n) ist/sind beigelegt:

<input checked="" type="checkbox"/> Anlage <b>Mitwirkungspflichten</b>	<input type="checkbox"/> Anlage <b>Selbstauskunft</b>
<input type="checkbox"/> Anlage <b>Bankauskunft</b>	<input type="checkbox"/> Anlage <b>Schweigepflichtentbindung</b>

## **Anlage M: Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

### **- Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil -**

#### **§ 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 diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

#### **§ 61 Persönliches Erscheinen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

#### **§ 62 Untersuchungen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

#### **§ 63 Heilbehandlung**

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, daß sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

#### **§ 64 Berufsfördernde Maßnahmen**

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

## **§ 65 Grenzen der Mitwirkung**

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,

können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehenden Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

## **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 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 Pflegebedürftigkeit, 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 Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, 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.