



<b>Beruf</b>	
erlernter Beruf: .....	
ausgeübte Tätigkeit: .....	
<b>Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)</b>	<b>Telefon</b>
<b>Bankverbindung</b>	
Name des Geldinstitutes: .....	
Kontoinhaber: .....	
IBAN: .....	
BIC: .....	

## 1.2 Angaben zum Antragsteller (sofern nicht mit 1.1 identisch)

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> .....	
<b>Beruf</b>	
erlernter Beruf: .....	
ausgeübte Tätigkeit: .....	

## 1.3 Weitere zur Haushaltsgemeinschaft gehörende Personen

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum

## 2 Einkommensverhältnisse der Haushaltsgemeinschaft

**Hinweis:** Bescheinigung in Kopie beifügen

### 2.1 Einkommen

#### 2.1.1 Einkommen Mensch mit Behinderung

Art	monatlich in €
unselbstständige Tätigkeit (brutto/netto)	
Arbeitslosengeld	
Bürgergeld	
Sozialhilfe	
Krankengeld	
selbstständige Tätigkeit	
Renten/Pensionen	
Pflegegeld	
Blindengeld	
Kindergeld	
Ausbildungshilfen (BaföG, BAB)	
Unterhaltszahlungen	
Wohngeld	
Vermietung/Verpachtung	
Sonstige Einkünfte (z. B. Zinserträge)	
Sonderzuwendungen ( z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld)	jährlich in €

## 2.1.2 Einkommen weitere Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft

Art	Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname
	monatlich in €	monatlich in €	monatlich in €	monatlich in €
unselbstständige Tätigkeit (brutto/netto)				
Arbeitslosengeld				
Bürgergeld				
Sozialhilfe				
Krankengeld				
selbstständige Tätigkeit				
Renten/Pensionen				
Pflegegeld				
Blindengeld				
Kindergeld				
Ausbildungshilfen (BaföG, BAB)				
Unterhaltszahlungen				
Wohngeld				
Vermietung/Verpachtung				
Sonstige Einkünfte (z. B. Zinserträge)				
Sonderzuwendungen (z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld)	jährlich in €	jährlich in €	jährlich in €	jährlich in €

## 2.2 Bar- bzw. Sparbeträge und sonstigen Geldwerte

Die Bar- bzw. Sparbeträge und sonstigen Geldwerte (u. a. Bausparguthaben, kapitalbildende Lebensversicherungen, Wertpapiere aller zur Haushaltsgemeinschaft gehörenden Personen) übersteigen den Wert von 5.113,00 € EUR.

nein       ja, in Höhe von ..... €

darin sind enthalten:

### Bausparguthaben und / oder Rückkaufswerte Versicherungen

Art: ..... Höhe: ..... €

Art: ..... Höhe: ..... €

## 2.3 Eigentumswohnung bzw. Haus- und Grundbesitz vorhanden

nein       ja, Einheitswert: ..... €      Art des Besitzes: .....

### Eigentumswohnung / Haus wird selbst genutzt

nein       ja

## 2.4 PKW vorhanden

nein       ja, Marke/Typ/Baujahr: .....

## 2.5 Sonstiges Vermögen

nein       ja, Art: .....

## 3 Laufende Anträge wurden gestellt

(z. B. Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Sozialhilfe, Kranken-/Wohngeld, Renten)

nein       ja, beim: ..... Art: .....

beim: ..... Art: .....

## 4 Finanzielle Belastungen der Haushaltsgemeinschaft

gegebenenfalls Bescheinigung in Kopie bitte beifügen

<b>Art</b>	<b>monatliche Belastung in €</b>	<b>Raum für Erläuterungen</b>	<b>ggf. Rückstände</b>
<b>Kosten der Wohnunterkunft (Miete inklusive Heizung)</b>			
<b>davon bei Wohneigentum:</b>			
<b>– Heizung</b>			
<b>– Wasser/Abwasser</b>			
<b>– Heizungswartung</b>			
<b>– Müll</b>			
<b>– Grundsteuer</b>			
<b>– Schornsteinfeger</b>			
<b>– Fäkalien</b>			
<b>– Gebäudeversicherung</b>			
<b>– Kreditraten</b>			
<b>davon Zinsen</b>			
<b>Unterhaltszahlungen</b>			
<b>Sonstiges/ Besonderheiten</b>			

## Darlehens- und Schuldverpflichtungen

### Hinweise:

- bitte alle Schuldnerverpflichtungen angeben
- falls mehr als drei Darlehen, bitte Zusatzblatt ausfüllen

Grund der Darlehensaufnahme			
Aufnahmedatum	Höhe des Darlehens	derzeitiger Schuldenstand	mtl. Zins-, u. Tilgungsrate
Gläubiger (Name/Bank, Anschrift, Telefon)			

Grund der Darlehensaufnahme			
Aufnahmedatum	Höhe des Darlehens	derzeitiger Schuldenstand	mtl. Zins-, u. Tilgungsrate
Gläubiger (Name/Bank, Anschrift, Telefon)			

### 5 Wodurch ist die Notlage entstanden? (evtl. Zusatzblatt beifügen)

.....

.....

.....

.....

.....

### 6 Welche eigenen Maßnahmen wurden bisher zur Abwendung dieser Notlage unternommen?

.....

## 6.1 Haben Sie bereits Kontakt mit anderen Stellen oder Behörden

(z. B. die für die Behindertenhilfe zuständigen Ämter, Caritas, Diakonisches Werk, Schuldnerberatungsstelle) aufgenommen?

Falls ja, genaue Bezeichnung und Anschrift:

.....

.....

## 6.2 Welche anderen Hilfen wurden von Ihnen schon in Anspruch genommen?

.....

## 7 Wurden freiwillige Hilfen dritter Stellen in Anspruch genommen bzw. in Aussicht gestellt?

(z. B. Gemeinde, Landkreis, Wohlfahrtsverband)

nein       ja, welche .....

## 8 Art und Höhe der gewünschten Hilfe

.....

.....

.....

## 9 Eine Ablichtung des Schwerbehindertenausweises liegt dem Antrag bei.

## 10 Einwilligung zur Offenbarung personenbezogener Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die „Stiftung Sächsische Behindertenselbsthilfe – Otto Perl“ bzw. die mit den Verwaltungsaufgaben betraute Geschäftsstelle der Stiftung „Hilfe für Familien, Mutter und Kind“ alle für die Beurteilung und Entscheidung des Antrages erforderlichen Auskünfte und Unterlagen, insbesondere von Stiftungen, Kranken- bzw. Pflegekassen, Arbeitsagenturen, Leistungsträgern gem. SGB II und SGB XII, Versorgungsämtern, Integrationsämtern und sonstigen Stellen einholt.

Außerdem erkläre ich mein Einverständnis, dass die in dem Antrag auf Gewährung von Stiftungsmitteln ergänzenden Erläuterungen und ggf. weitere Anlagen (Kopien zum Einkommen, Kopien zu finanziellen Belastungen etc.) enthaltenen Daten an die „Stiftung Sächsische Behindertenselbsthilfe – Otto Perl“ bzw. an die mit den Verwaltungsaufgaben betraute Geschäftsstelle der Stiftung „Hilfe für Familien, Mutter und

Kind“ des Freistaates Sachsen in Chemnitz übermittelt werden. Weiterhin ermächtige ich die den Antrag unterstützende Einrichtung, der Stiftung zu diesem Antrag weitere Auskünfte zu erteilen, soweit dies für die Entscheidung über den Antrag erforderlich ist. Gleichwohl ermächtige ich die Geschäftsstelle zur Datenrückübermittlung an die den Antrag einreichende Beratungsstelle zum Zwecke von Nachfragen im Rahmen der Bearbeitung des Antrages bis zum vollständigen Abschluss des Verfahrens.

## **11 Versicherung der Richtigkeit Ihrer Angaben**

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Ich weiß, dass ich mich andernfalls strafbar mache und zur Rückzahlung der Leistung verpflichtet bin. Den Verwendungsnachweis werde ich gegenüber der „Stiftung Sächsische Behindertenselbsthilfe - Otto Perl“ termingemäß erbringen.

Ich wurde darüber informiert, dass auf die Leistungen der Stiftung kein Rechtsanspruch besteht.

Ich bestätige den Erhalt des Merkblattes der Stiftung.

## **12 Datenschutz**

Die Stiftung bzw. die mit den Verwaltungsaufgaben der Stiftung betraute Geschäftsstelle der Stiftung „Hilfe für Familien, Mutter und Kind“ des Freistaates Sachsen verarbeitet die Daten zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen auf Stiftungshilfen.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist das Gesetz zur Errichtung einer „Stiftung Sächsische Behindertenselbsthilfe-Otto Perl“ sowie die Richtlinie für die Vergabe und Verwendung der Stiftungsmittel in der jeweils gültigen Fassung.

Weitere Informationen sind in der Datenschutz- bzw. Einwilligungserklärung enthalten. Diese ist dem Antrag beigelegt.

Das Informationsschreiben der „Stiftung Sächsische Behindertenselbsthilfe-Otto Perl“ zum Datenschutz nach Art. 13 EU-DSGVO wurde mir ausgehändigt.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Antragstellers

ggf. Unterschrift des gesetzlich bestellten Betreuers (§ 1896 BGB)

# Vom Hilfesuchenden nicht ausfüllen!

Stellungnahme des Verbandes der freien Wohlfahrtspflege, dessen angeschlossenen Organisationen oder eines Verbandes/Vereines der Behindertenhilfe oder der für die Behindertenhilfe zuständigen Ämter

Name: .....

Ansprechpartner: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

1. Der Hilfesuchende hat seinen ständigen Wohnsitz im Freistaat Sachsen.

ja       nein

2. Die erbetene Hilfe wird befürwortet. (Bitte ausführliche Begründung – ggf. auf Zusatzblatt beifügen)

ja       nein

.....

Ort, Datum

.....

Rechtsverbindliche Unterschrift