

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

Ausgabe des Antrages	Eingang des Antrages
----------------------	----------------------

für Herrn Frau

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten sollen

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40)
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52)
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66a)
<input type="checkbox"/> Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74) | <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46b)
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60a)
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69) |
|---|---|

Wurde für den Hilfesuchenden (HS) ein Betreuer bestellt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch Amtsgericht	Az.
<input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht vom	

Name des Betreuers	Tel-Nr.
Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
Wohnort	

Einrichtung

ab wann

Personalien	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Familiename		
Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geburtsland		
Telefon		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden, seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet, seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden, seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet, seit _____

Personalien	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Anschrift		
vorher Sozialhilfe erhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit:		

Angaben zu Kindern

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
aktuelle Wohnanschrift				
Krankenkasse				
familienversichert über				
Kindergeld-Nr.				
Kindergeld monatlich	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhaltsvorschuss	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhalt	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhaltspflichtiger				
weitere Einnahmen des Kindes				

Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

Bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung - Aufenthaltsorte in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme
Bei Übertritt von einer stationären Einrichtung in eine andere stationäre Einrichtung - Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in eine stationäre Einrichtung?
Wer war bisher Kostenträger?
Bezeichnung und Ort der Einrichtung
Bei Übertritt aus dem Ausland, Tag und Ort des Grenzübertritts

weitere im Haushalt lebende Personen

Name	Vorname	Geb.-Datum	Geb.-Ort	Verw. Verhältnis

Unterhaltsverpflichtete – bitte immer ausfüllen!

(z. B. leibliche Kinder, Eltern, getrenntlebende Ehegatten, geschiedene Ehegatten, freiwillig Unterhalt leistende Personen)

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verw.-Verhältnis				
Anschrift				
<input type="checkbox"/> erwerbstätig	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> arbeitslos	EUR	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Rentner	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhaltspflichtiger				

Unterhalt

Verfügt eines Ihrer Kinder/verfügen Ihre Eltern vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?

ja nein

Besonderheiten der Arbeitsfähigkeit

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
anerkannte Behinderung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grad der Behinderung:	%	%
Merkmale:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> 1. KI	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> 1. KI
amtsärztliches Gutachten hierzu:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

schulischer und beruflicher Werdegang

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
höchste Schulausbildung: (Art der Schulbildung)		
abgeschlossen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
höchste Berufsausbildung:		
abgeschlossen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berufsbezeichnung:		
letzte berufliche Tätigkeit:		
letzter Arbeitgeber		
	von bis	von bis
Art der Tätigkeit:		
	von bis	von bis

Einkünfte und sonstige Einnahmen

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Lohn/Gehalt	EUR	EUR
Nebenverdienst	EUR	EUR
Krankengeld	EUR	EUR
Übergangsgeld	EUR	EUR
Verletztengeld	EUR	EUR
Leistungen der Pflegekasse (z. B. Pflegegeld)	EUR	EUR
Elterngeld	EUR	EUR
Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII	EUR	EUR
Aufwandsentschädigungen für nebenberufliche, gemeinnützige oder ehrenamtliche Tätigkeiten	EUR	EUR
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	EUR	EUR
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	EUR	EUR
Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit	EUR	EUR
Grundsicherung für Arbeitssuchende (Jobcenter)	EUR	EUR
Eingliederungshilfe	EUR	EUR
Kindergeld/Kinderzuschlag	EUR	EUR
Wohngeld/Lastenzuschuss	EUR	EUR
Rente (bitte Arte der Rente angeben – z. B. Altersrente)	Höhe: EUR Art:	Höhe: EUR Art:

	Antragsteller		Ehegatte/Lebenspartner	
Rente (bitte Arte der Rente angeben – z. B. Altersrente)	Höhe:	EUR	Höhe:	EUR
	Art:		Art:	
Rente (bitte Arte der Rente angeben – z. B. Altersrente)	Höhe:	EUR	Höhe:	EUR
	Art:		Art:	
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss		EUR		EUR
Einnahmen aus Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen		EUR		EUR
Zinseinkünfte		EUR		EUR
Sonstige Einkünfte (bitte Art der Einkünfte angeben)	Höhe:	EUR	Höhe:	EUR
	Art:		Art:	

Vermögen

	Antragsteller		Ehegatte/Lebenspartner	
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Betrag:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Betrag:	EUR
Häuser	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
	Einkünfte:		Einkünfte:	
Eigentumswohnungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
	Einkünfte:		Einkünfte:	
Grundstücke (bebaute und unbebaute)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
	Einkünfte:		Einkünfte:	
Sparbuch/Sparvertrag/Sparbriefe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
	Einkünfte:		Einkünfte:	
Girokonten	IBAN		IBAN	
	BIC		BIC	
	IBAN		IBAN	
	BIC		BIC	
Tagesgeldkonten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
Wertpapiere (z. B. Aktien, Fonds)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
Private Rentenversicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
Riesterverträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
Kfz (PKW, Krad usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
Sonstiges Vermögen (z. B. Antiquitäten, Gemälde, Edelmetalle)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert:	EUR
	Art:		Art:	

Mit der Unterschrift unter dem Antrag erklärt der/erklären die Antragsteller, außer den vorstehend angegebenen Vermögenswerten keine weiteren zu besitzen bzw. zu unterhalten.

Personenbezeichnungen in diesem Antrag gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form.

Vermögensabgabe

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere, Vertrag zu Gunsten Dritter usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja

Wenn ja, Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger (mit Anschrift):

--	--

Ausgaben für die berufliche Tätigkeit

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Fahrtkosten für Bus oder Bahn	EUR	EUR
Fahrtkosten mit eigenem PKW	EUR	EUR
Ausgaben für Arbeitsmittel	EUR	EUR
Entfernung zum Arbeitsplatz	Ort: km	Ort: km

Ausgaben für Versicherungen

Freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung	Name und Nr.	
Freiwillige Rentenversicherung	Name und Nr.	
Wurden in der Vergangenheit freiwillig Altersvorsorgebeiträge geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	EUR
Sterbeversicherung	Name und Nr.	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Hausratversicherung	Name und Nr.	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Haftpflichtversicherung	Name und Nr.	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Laufende monatliche Zahlungsverpflichtungen

Grund:	Grund:	Grund:
Betrag: EUR	Betrag: EUR	Betrag: EUR
Grund:	Grund:	Grund:
Betrag: EUR	Betrag: EUR	Betrag: EUR

Schuldverbindlichkeiten

Gläubiger:	Höhe der Schuld: EUR	Abzahlungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird Schuldnerberatung in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei wem:
Insolvenzverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Restschuldbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ansprüche bei einem Rententräger beantragt, aber noch nicht bewilligt

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Wurden Beiträge gezahlt? (Zahl der Beitragsmonate)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wieviel?
Name und Anschrift des Rententrägers		
Besteht Anspruch aus Versicherung des Ehegatten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Anspruch aus Versicherung der Eltern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rente beantragt am:		
Rentenversicherungsnummer		
Rentantrag abgelehnt am:		
Widerspruch eingelegt oder Klage erhoben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ansprüche bei der Agentur für Arbeit/beim Jobcenter angemeldet, aber noch nicht bewilligt

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Anspruch auf ALG (Agentur für Arbeit)	<input type="checkbox"/> ja, angemeldet am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, angemeldet am <input type="checkbox"/> nein
Anspruch auf Leistungen nach SGB II (JC)	<input type="checkbox"/> ja, angemeldet am <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, angemeldet am <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Ansprüche	Art:	Art:
Ist eine Sperrfrist eingetreten?	<input type="checkbox"/> ja von bis	<input type="checkbox"/> ja von bis
Droht eine Sperrfrist einzutreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Sonstige offene Ansprüche

aus Vertrag	gegen	angemeldet am
aus Verkehrs-, Arbeits- oder Sportunfall	gegen	angemeldet am
Arbeitgeber, Krankenkasse	gegen	angemeldet am

Kranken- und Pflegeversicherung

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Name und Anschrift der Krankenkasse:		
Versichertennummer		
Art der Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> sonstige
Liegt ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:

Krankenkost-Diät

	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Einhaltung einer Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Erkrankung		
Sondennahrung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten, bei Minderjährigen des/der Sorgeberechtigten:

Ich versichere/Wir versichern, dass alle Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetzen(n) und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss/müssen.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere Einkommens-, Vermögens-, Wohnungs-, Familien- und Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Krankenhaus- oder Altenheimaufnahme, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort von länger als 14 Tagen) anzuzeigen und unverzüglich mitzuteilen.

Leistungsberechtigte nach dem 4. Kap. SGB XII, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen erhalten. Daher verpflichte(n) ich/wir mich/uns, geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr nach Deutschland ist konkret nachzuweisen (z. B. durch Vorlage von Reisedokumenten, Fahrplänen, Tankbelegen o. ä.). Ohne derartige Nachweise können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

Mir/Uns ist bekannt, dass Originalkontoauszüge Beweisunterlagen darstellen und ich/wir daher verpflichtet bin/sind, alle Kontoauszüge – auch die bereits vorgelegten – aufzubewahren, um diese dem Fachdienst Soziales des Salzlandkreises für spätere Nachweiszwecke gegebenenfalls erneut vorlegen zu können. Weitere Hinweise enthält das Merkblatt zur Anforderung von Kontoauszügen.

Das Hinweisblatt zur Datenerhebung nach Art. 13 EU-DSGVO habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift Aufnehmender	Unterschrift Antragsteller/ gesetzlicher Vertreter	Unterschrift Ehegatte/ Lebenspartner
------------	---------------------------	---	---

Mit vorstehender Unterschrift habe ich/haben wir auch umseitiges Merkblatt (Hinweise des Fachdienstes Soziales zu Pflichten des Hilfesuchenden bzw. Hilfeempfängers nach dem Sozialgesetzbuch sowie Folgen von Pflichtverletzungen) zur Kenntnis genommen.

Merkblatt

Hinweise des Fachdienstes Soziales

Pflichten des Hilfesuchenden bzw. Hilfeempfängers nach dem Sozialgesetzbuch

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, ist verpflichtet

- sein Einkommen und Vermögen sowie seine Arbeitskraft zur Beschaffung des Lebensunterhaltes einzusetzen.
- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere
 - Auskünfte über seine wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse zu erteilen.
 - die für die Feststellung des Bedarfs notwendigen Unterlagen vorzulegen, z. B. Bescheide über den Bezug von Renten, Arbeitslosengeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGBII) Wohngeld, Mietverträge, Vermögensnachweise.
 - alle im Haushalt lebenden Personen anzugeben.
 - jede Änderung in den Familien-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnissen (z. B. Wohnungsänderung und Krankenhausaufenthalt) und in den Verhältnissen der im Haushalt lebenden Angehörigen mitzuteilen. Hierzu gehören auch Angaben über Arbeitsaufnahme, Beantragung von anderen Sozialleistungen, z. B. Renten, Krankengeld, Arbeitslosengeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende u. ä.

Folgen von Pflichtverletzungen:

Wer falsche Angaben macht oder Tatsachen verschweigt, die sich auf den Umfang der Sozialhilfe auswirken, muss die zu unrecht empfangenen Leistungen erstatten. Außerdem ist dann in der Regel der Tatbestand des Betruges erfüllt (§ 263 Strafgesetzbuch), so dass daneben ein gerichtliches Strafverfahren eingeleitet werden kann.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I

§ 60 Angaben 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 Erklärung abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

§ 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.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60-62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Die gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62-65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb 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.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Enttarnung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren.
- (4) § 243 Abs. 3 sowie §§ 247 und 248 a gelten entsprechend.
- (5) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbmäßig begeht.
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen.