

Eingangsvermerk
Datum

Anlage Einkommen und Vermögen

Wichtige Ausfüllhinweise:

- Bitte füllen Sie **alle Felder vollständig** aus. Bei mehreren Auswahlmöglichkeiten kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffende an. Die **Streichung** ganzer Antragsbereiche **ist nicht zulässig**.
- Sofern der Platz im Antrag nicht ausreichen sollte, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt mit den weiteren Angaben als Anlage bei.
- Bitte fügen Sie die erforderlichen **Nachweise und Unterlagen möglichst vollständig** bei, um Rückfragen und dadurch Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden.

Leistungsempfänger	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Aktenzeichen	

Anlage Einkommen

A. Einkommensverhältnisse des Vorvorjahres der Antragstellenden Person, der Partner*in oder bei minderjährigen Antragstellenden Personen: der Eltern (§ 135 Absatz 1 SGB IX)				
A.1 Die Einkünfte nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz des Vorvorjahres (Jahr _____) betragen nach dem Einkommenssteuerbescheid: (Steuerbescheid bitte beifügen und Jahresbeträge eintragen)				
Einkünfte	Antragstellende Person	Partner*in	Bei minderjährigen antragstellenden Personen sind Angaben der Eltern notwendig	
			1. Elternteil	2. Elternteil
aus Land- und Forstwirtschaft	€	€	€	€
aus Gewerbebetrieb	€	€	€	€
aus nichtselbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus selbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus Kapitalvermögen	€	€	€	€
aus Vermietung und Verpachtung	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte	€	€	€	€

A.2 Die Renteneinkünfte des Vorvorjahres (Jahr _____) betragen nach dem Rentenbescheid: (Rentenbezugsmitteilung und/oder Rentenbescheid bitte beifügen und Jahresbeträge eintragen)				
Renteneinkünfte	Antragstellende Person	Partner*in	Bei minderjährigen antragstellenden Personen sind die Angaben der Eltern notwendig	
			1. Elternteil	2. Elternteil
der gesetzl. Rentenversicherung	€	€	€	€
der landwirtschaftlichen Alterskasse	€	€	€	€
Rentenversicherung zum Aufbau einer eigenen Kapitalgedeckten Alterssicherung	€	€	€	€
Rentenversicherung für eine Absicherung gegen den Eintritt der Berufsunfähigkeit oder verminderten Erwerbstätigkeit	€	€	€	€
aus Altersvorsorgeverträgen	€	€	€	€
aus Pensionsfonds	€	€	€	€
aus Pensionskassen	€	€	€	€
aus Direktversicherungen	€	€	€	€

A. 3 Erhebliche Änderungen gegenüber dem Vorvorjahr (§ 135 Absatz 2 SGB IX)				
<p>Wenn zum Beginn der Leistungsgewährung eine erhebliche Abweichung zu den Einkünften des Vorvorjahres besteht, sind die Einkünfte des laufenden Jahres zu Grunde zu legen. Eine erhebliche Abweichung liegt bei mehr als 15% Abweichung nach oben wie nach unten vor. Haben sich erhebliche Abweichungen der Einkünfte zum Vorvorjahr ergeben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, bitte die voraussichtlichen Jahresbeträge für das aktuelle Jahr angeben.</p>				
Begründung der erheblichen Abweichung: (Gründe können sein: Arbeitslosigkeit, Renteneintritt, Wechsel des Arbeitsverhältnisses (Voll- zu Teilzeit).				
aktuell geänderte Einkünfte	Antragstellende Person	Partner*in	Bei minderjährigen antragstellenden Personen sind Angaben der Eltern notwendig	
			1. Elternteil	2. Elternteil
aus Land- und Forstwirtschaft	€	€	€	€
aus Gewerbebetrieb	€	€	€	€
aus selbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus nichtselbständiger Arbeit	€	€	€	€
aus Kapitalvermögen	€	€	€	€
aus Vermietung und Verpachtung	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte	€	€	€	€
Renteneinkünfte (brutto)	€	€	€	€
Art der Rente				

A.4 Werbungskosten im Zusammenhang mit der Ausübung einer nichtselbständigen Erwerbstätigkeit				
Kosten für Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein			
Bei Nutzung eines PKW: a) Einfache Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort b) Tage/Woche	a) _____ KM b) _____			
Arbeitsmittel	€	€	€	€
Fortbildungskosten	€	€	€	€
Beiträge zu Berufsverbänden	€	€	€	€
Weitere Werbungskosten (Art der Kosten)	€	€	€	€

Erklärungen der antragstellenden Person:

- **Wahrheit und Vollständigkeit**

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

- **Änderungsmitteilungen**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich **jede Änderung** meiner **Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse**, jede **Änderung meiner Wohnverhältnisse**, sowie jede Änderung von Wohnort und Krankenhausaufenthalte **unverzüglich dem Amt Inklusion mitteilen werde**. Ebenso werde ich jede **Arbeitsaufnahme**, auch Aushilfs-/Gelegenheitsarbeiten oder Praktika, **vor Arbeitsaufnahme dem Amt Inklusion unverzüglich mitteilen**.

Die Beantragung anderer Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld II, Pflegegeld) werde ich ebenfalls **unverzüglich dem Amt Inklusion mitteilen**.

- **Strafbarkeit von unwahren und unvollständigen Angaben**

Ich weiß, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben in diesem Antrag sowie durch verspätete oder unterlassene Änderungsmitteilungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Leistungsbezuges gem. § 263 Strafgesetzbuch strafbar mache. Wer Sozialhilfebetrug begeht, kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft werden. Bereits der Versuch ist strafbar.

- **Datenschutzhinweis**

Bitte nehmen Sie das **Merkblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zum Gesamt- und Teilhabeplanverfahren Niedersachsen** zur Kenntnis.

- **Ermächtigungen**

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (freiwillige Angabe; sofern Sie die Einwilligung nicht erteilen, haben Sie im Rahmen der Mitwirkungspflichten die erforderlichen Informationen und Unterlagen selbst beizubringen)

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass das Amt Inklusion - soweit für die abschließende Prüfung erforderlich - Akten anderer Träger der Sozialhilfe und sonstiger Sozialleistungsträger, Behörden und öffentlicher Stellen einsehen, die erforderlichen Informationen einholen und ggf. erforderliche Unterlagen in Kopie zur Akte im Amt Inklusion übernehmen darf.

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Ort/Datum	Unterschrift 1. Antragsteller(in) bzw. (gesetzlicher) Vertreter	Unterschrift 2. Antragsteller(in) bzw. (gesetzlicher) Vertreter
Bei Unterschrift durch Vertreter:	Name, Vorname des Vertreters (Blockschrift)	Name, Vorname des Vertreters (Blockschrift)

Urschriftlich zurücksenden an den:

Landkreis Hameln-Pyrmont
31 Amt Inklusion
Süntelstraße 9
31785 Hameln