

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Antrag auf Sozialhilfe

<p><b>Hinweis</b></p> <p>Falls eine einzelne volljährige Person eine getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, können die Daten in einem weiteren Antrag auf Sozialhilfe eingetragen werden. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X), den §§ 60 bis 65, 67a, b, c des 1. Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) und dem § 121 des 12. Sozialgesetzbuches (SGB XII) - Statistik. Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialhilfe ganz oder teilweise versagt werden.</p> <p>Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu diesem Vordruck und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Nachweise/Belege sind zu diesem Antrag auf Verlangen vorzulegen oder es ist deren Vorlage zuzustimmen. Originalunterlagen erhalten Sie zurück.</p>	<p>Datum</p> <p>_____</p> <p>Aktenzeichen</p> <p>_____</p>
---	--

Art der beantragten Hilfe \_\_\_\_\_

Personenziffer (PZ)	PZ 1	PZ 2	PZ 3
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	<b>Leistungsberechtigte/ Leistungsberechtigter</b>	<input type="checkbox"/> Vater bei unverheirateten Minderjährigen <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes <input type="checkbox"/> Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft (§ 20 SGB XII)	<input type="checkbox"/> Ehegatte nicht getr. lebend <input type="checkbox"/> Mutter bei unverheirateten Minderjährigen <input type="checkbox"/> Art der Beziehung zum Leistungsberechtigten
Familienname	_____		
Geburtsname	_____		
Vorname	_____		
Anschrift: Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort	_____		Telefon (freiwillig) _____
Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtskreis	_____		
Familienstand	_____ seit _____	_____ seit _____	_____ seit _____
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r
Staatsangehörigkeit; bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	_____		
Bei 15- bis 64-jährigen Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit. Falls arbeitslos, seit wann? Kd.-Nr. der Agentur für Arbeit	_____		

Aktenzeichen		<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>				Datum			
PZ 1		PZ 2				PZ 3			
Vormund/Betreuer (siehe Bestellungs- urkunde) Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ,									
Ort,									
Telefon,									
E-Mail									
Schwerbehinderten- ausweis/Bescheid des Versorgungs- amtes oder Ausweis beifügen	Datum	Grad der Behinderung	%	Datum	Grad der Behinderung	%	Datum	Grad der Behinderung	%
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten	Urteil o. Ä. vom	Geschäftszeichen						– Gericht in	

**Weitere minderjährige Personen im Haushalt**

Persönliche Verhältnisse	PZ 4	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	PZ 5	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	PZ 6	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Familienname										
Geburtsname										
Vorname										
Geburtsdatum,										
Geburtsort und Geburtskreis										
Familienstand		seit		seit		seit		seit		
Persönliche Stellung zum Leistungsberechtigten										
Staatsangehörigkeit; bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status										
Bei 15- bis 64-jährigen Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit. Falls arbeitslos, seit wann? Kd.-Nr. der Agentur für Arbeit										

**I. Volljährige Personen im Haushalt** (soweit bisher nicht aufgeführt)

Familienname			Vorname		
Geburtsdatum	Persönliche Stellung zum/zur Leistungsberechtigten:		Bestreitet den Lebensunterhalt selber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Familienname			Vorname		
Geburtsdatum	Persönliche Stellung zum/zur Leistungsberechtigten:		Bestreitet den Lebensunterhalt selber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Familienname			Vorname		
Geburtsdatum	Persönliche Stellung zum/zur Leistungsberechtigten:		Bestreitet den Lebensunterhalt selber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Aktenzeichen	<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>	Datum
--------------	-------------------------------	-------

**II. Unterhaltspflichtige/unterhaltsberechtigte Personen außerhalb des Haushaltes**

(z. B. leibliche Kinder/Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Lebenspartnerin/Lebenspartner)

Familienname			Vorname	
Geburtsdatum		Persönliche Stellung zum/zur Leistungsberechtigten:		Anschrift
Familienname			Vorname	
Geburtsdatum		Persönliche Stellung zum/zur Leistungsberechtigten:		Anschrift
Familienname			Vorname	
Geburtsdatum		Persönliche Stellung zum/zur Leistungsberechtigten:		Anschrift
Besteht ein Unterhaltstitel? Zu wem?				
Aktenzeichen				

**III. Kinder von nicht miteinander verheirateten Eltern**

PZ	Name und Anschrift des unterhaltspflichtigen Elternteiles	Vaterschaft anerkannt vor/ Festgestellt durch/am	Unterhaltsbeistandschaft: Name/Anschrift des Jugendamtes	Höhe des festgesetzten mtl. Unterhaltsbetrages	
				Betrag/€	Datum
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**IV. Aufenthaltsverhältnisse**

Zugezogen am	wie die Personen Personenziffer (PZ)		Zuzug einzelner Personen	PZ		Datum
_____				PZ		Datum
Wurde bereits Sozialhilfe/ Grundsicherung geleistet?						bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom Sozialamt						

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (z. B. Aufenthalt in einer Einrichtung, einem Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt)

von	bis	in (Orte mit Kreiszugehörigkeit lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung	Übergangs- einrichtung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Den Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung angeben

Datum der Entlassung  
aus der Einrichtung

Aktenzeichen	<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>	Datum
--------------	-------------------------------	-------

**V. Bei Übertritt eines außerhalb des Geltungsbereiches des SGB XII geborenen Leistungsberechtigten aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach dem Übertritt**

PZ	Datum des Übertritts	Ort des Übertritts

**VI. Sind Angehörige durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt oder verstorben? Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?**

Familiename	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	letzter Familienstand

**VII. Kranken-/Pflegerversicherung der Personen im Haushalt**

PZ	Leistungsträger/Krankenkasse		Art der Versicherung	Mitgliedschaft besteht/bestand	
	Name	Anschrift (PLZ, Ort, Straße)		von	bis
			<input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert		
			<input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert		
			<input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert		
			<input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert		
			<input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert		

Aktenzeichen	<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>	Datum
--------------	-------------------------------	-------

**VIII. Einkommen** (Bitte alle Einkommensnachweise der letzten 12 Monate vorlegen!)

Nachfolgend bitte die Angaben der Personen eintragen, die Einkommen haben, und zwar bezogen auf jede einzelne Person.

Art des Einkommens (zutreffende Art in gleicher Zeile ankreuzen)	Leistungs- berechtigte Person €	Ehegatte €	im Haushalt lebende Personen					
			PZ €	PZ €	PZ €	PZ €	PZ €	
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Sonstige selbstständige Tätigkeiten								
<input type="checkbox"/> BU-Rente <input type="checkbox"/> Grundsicherung (SGB XII)								
<input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente								
<input type="checkbox"/> Zusatzrente <input type="checkbox"/> Landw. Altersgeld								
<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld nach SGB II								
<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld								
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Krankengeld (einschließlich Arbeitgeberanteil)								
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld								
<input type="checkbox"/> LAG-Unterhaltshilfe <input type="checkbox"/> LAG-Entschä-Rente								
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> UVG-Leistung								
<input type="checkbox"/> Elterngeld <input type="checkbox"/> BAföG-Leistung								
<input type="checkbox"/> USG-Leistung <input type="checkbox"/> Leistungen für Schwerbehinderte (SGB V)								
<input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Miet- oder Pachteinnahmen								
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem SGB II								
<input type="checkbox"/> Grundrente (BVG) <input type="checkbox"/> EU-Rente								
<input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/> Kapitalvermögen								
<input type="checkbox"/> Zinsen aus Vermögen <input type="checkbox"/> Ertr. a. Land- u. Forstwirt.								
<input type="checkbox"/> Einkommen aus nicht selbstständiger Tätigkeit								
<input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Steuererstattung								
<input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte								
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktenzeichen	<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>	Datum
--------------	-------------------------------	-------

**IX. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und besondere finanzielle Belastungen** (Nachweise sind vorzulegen!)

Absetzbare Beträge	Leistungs- berechtigte/r	Weitere Personen		Absetzbare Beträge	Leistungs- berechtigte/r	Weitere Personen	
		PZ	€			PZ	€
Krankenversicherung	€			PKW-Haftpflichtversicherung	€		
Pflegeversicherung	€			Berufsunfähigkeitsversicherung	€		
Altersvorsorgebeiträge	€			Rechtsschutzversicherung	€		
Rentenversicherung	€			Aufwendungen für Arbeitsmittel	€		
Unfallversicherung	€			Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung	€		
Sterbeversicherung	€			Fahrtkosten zur Arbeitsstelle – mit öffentlichen Verkehrsmitteln	€		
Lebensversicherung	€			Fahrtkosten zur Arbeitsstelle – mit PKW/Motorrad/Mofa	€		
Hausratversicherung	€			Sonstige absetzbare Beträge	€		
Haftpflichtversicherung	€			Sonstige absetzbare Beträge	€		

PZ	Falls erforderlich, hier die Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle) und bei sonstigen absetzbaren Beträgen ausführen.

**X. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar-, Girokonten) und sonstiges Vermögen** (Bitte Nachweise vorlegen!)

	Leistungs- berechtigte/r	Ehegatte/ Lebenspartner/in Partner/in in ehelicher Gemeinschaft	Zum Haushalt gehörende Personen			
			PZ	PZ	PZ	PZ
Ohne Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermögensart	€	€	€	€	€	€
Bargeld						
Spar-/Bankguthaben						
Kreditinstitut						
Kontonummer						
Einlagewert						
Vertragsnummer						
Wertpapiere						
Einlageart/-wert						

Aktenzeichen	<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>	Datum
--------------	-------------------------------	-------

Lebensversicherung	<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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Lebensversicherung bei (Name/Anschrift der Versicherung)						
Rückkaufwert der Versicherung	€	€	€	€	€	€
Haus/Eigentumswohnung						
Grundstück m <sup>2</sup>						
Haus-/Wohnungsgröße m <sup>2</sup>						
Anzahl der Wohnungen						
Kraftfahrzeug/e						
Staatlich geförderte private Altersvorsorge						

**XI. Kosten der Unterkunft** (Bei Haus- und Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung, bitte Nachweise vorlegen!)

Kaltmiete _____ €	Nebenkosten, soweit nicht in der Miete enthalten (z. B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung) _____ €		Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag) _____ €
Wohnungsgröße Gesamt _____ m <sup>2</sup>	Anzahl der Räume _____	Davon untervermietet (Anzahl) leere Räume _____ möblierte Räume _____ Einnahmen aus Untervermietung _____ €	Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss) bewilligt bis zum (genaues Datum) _____ monatlicher Betrag _____ €
Vermieter	Familien-/Firmenname _____ _____ Straße _____ Wohnort _____		Vorname _____ _____ PLZ _____ Akten-/Geschäftszeichen _____
Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelheizung	Energieart <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom		Darin Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete bzw. den Hauslasten enthalten) monatlicher Betrag _____ € <input type="checkbox"/> ohne/ <input type="checkbox"/> mit Warmwasseraufbereitung		Heizungspauschale zu zahlen an/Kundennummer _____	
Mieter der Wohnung	Familiename _____ _____ Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen (falls Personenzahl von Seite 1 abweicht)		Vorname _____

Aktenzeichen	<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>	Datum
--------------	-------------------------------	-------

**XII. Mögliche Ansprüche/beantragte Leistungen**

Renten-/Kranken-/Pflege-/Unfallversicherung, Lebens- und Sterbegeldversicherung, Leistungen nach dem SGB II (Arbeitssuchende), Leistungen nach dem SGB III (Arbeitsförderung)	Leistungen nach dem BVG (z. B. Kriegsofopferfürsorge, Impfschäden, Opfer von Gewalttaten), Ansprüche auf Sachleistungen (z. B. Altenteil, Wohnrecht, Beköstigung, Pflege, Deputate)	Sonstige Ansprüche (z. B. Kindergeld, Leistungen nach dem UVG/USG/ LAG/der Grundsicherung nach SGB XII, Erb-/Schadensersatzansprüche, Lohnforderung, Beihilfeansprüche, Entschädigungsrente, Häftlingshilfe)
--	--	---

PZ lfd.	Nr.	Versicherungs-/Leistungsträger, Schuldner usw.	Anschrift (PLZ/Ort/Straße mit Haus-Nr.)	Renten-/Aktenzeichen

PZ Zur	lfd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum	Aktenzeichen	PZ Zur	lfd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum	Aktenzeichen

Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:	
Geldinstitut	
Bankleitzahl	Konto-Nr.

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beiträge der hilfegewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauf folgende Zahlung widerrufen werden.



Aktenzeichen	<b>Antrag auf Sozialhilfe</b>	Datum
--------------	-------------------------------	-------

### Erklärung der antragstellenden Person

Ich und die im Antrag genannten Personen haben das Merkblatt erhalten und gelesen.

Den vorliegenden Antrag mit seinen Anlagen habe ich für mich und für die mit mir in einem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin bzw. mir Vollmacht erteilt wurde.

Andere Personen bestätigen durch ihre Unterschrift die auf dem vorliegenden Antrag gemachten Angaben.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu den Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnissen abweichend von den Antragsangaben ändern, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein entsprechendes Gespräch gebeten.

Bescheide zur getätigten Antragstellung sollen an die nachstehende Person gesandt werden:

Familienname, Vorname

Anschrift (PLZ/Ort/Straße)

Die genannte Person informiert alle anderen im Antrag genannten Personen

Leistungsberechtigte/r oder sein/ihr gesetzlicher Vertreter		Ehegatte		Ort		Datum	
Name/Unterschrift	Datum	Name/Unterschrift	Datum	Name/Unterschrift	Datum	Name/Unterschrift	Datum

**Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil –**  
**(SGB I)**

vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19.12.2007

**Dritter Titel**  
**Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

**§ 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.

**§ 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 Ermittlung 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 selbstständigen 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.

**Auszug aus dem Strafgesetzbuch – (StGB)**

in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322)

**§ 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 Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.
- (4) § 243 Abs. 2 sowie §§ 247 und 248a gelten entsprechend.
- (6) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 58 Abs. 1).

