

# Ausfüllhilfe

## Antrag auf Blindenhilfe

### 12. Sozialgesetzbuch (§72 SGB XII)

Möchten Sie Blindenhilfe beantragen?

Dann hilft Ihnen diese Ausfüllhilfe.

Hier sind die Fragen von dem Antrag erklärt.

Die Ausfüllhilfe erklärt alle Fragen in Leichter Sprache.



#### Inhalt

Allgemeine Infos zum Antrag .....	2
Für wen wird die Blindenhilfe beantragt? .....	4
Gibt es einen Betreuer oder eine Bevollmächtigte Person? .....	5
Gesetzlicher Vertreter .....	6
I. Persönliche Verhältnisse .....	7
II. Weitere Personen im Haushalt .....	15
III. Angehörige außerhalb des Haushaltes .....	16
IV. Unterhaltsansprüche .....	17
V. Mehrbedarfe .....	18
VI. Kranken- und Pflegeversicherung .....	19
VII. Einkommensverhältnisse .....	21
VIII. Vom Einkommen abzusetzende Beträge .....	22
IX. Vermögenswerte .....	23
X. Sonstige Verhältnisse des Antragstellers .....	25
XI. Bankverbindung .....	28
Hinweise und Datenschutz .....	29
Schlussklärung und Unterschrift .....	30
Verantwortliche .....	32

*Das Projekt Örtliches Teilhabemanagement im Burgenlandkreis wird gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds Plus und Mitteln des Landes Sachsen-Anhalt.*

## Allgemeine Infos zum Antrag

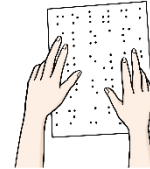
### Was ist Blinden·hilfe?

Wenn Sie blind sind oder sehr schlecht sehen,  
können Sie Blinden·hilfe bekommen.

Das ist Geld vom Sozial·amt, um Ihnen im Alltag zu helfen.

Mit der Hilfe kann man zum Beispiel:

- Hilfe im Alltag bezahlen
- Hilfsmittel kaufen
- mehr selbst bestimmen



Die Blinden·hilfe beantragen Sie beim Sozial·amt vom Burgenlandkreis.

Oder über die Internetseite: [www.burgenlandkreis.de](http://www.burgenlandkreis.de)

Brauchen Sie Hilfe beim Antrag?

Oder haben Sie Fragen zum Antrag?

Dann rufen Sie das Sozial·amt an.

Oder Sie machen einen Termin:

### Sozial·amt Naumburg

Schönburger Straße 41

Sekretariat

Telefon: 03445 73 1266 oder 03445 73 1293

[sozialamt@blk.de](mailto:sozialamt@blk.de)




**Das ist wichtig:** In Leichter Sprache steht die männliche Form.

So ist der Text besser zu lesen.

Im Text sind aber alle Menschen gemeint.

- Frauen
- Männer
- andere Geschlechter

Tag der Antragstellung	<b>Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)</b>	Eingangsstempel
Aktenzeichen:		

<input type="checkbox"/> Existenzsichernde Leistungen in besonderer Wohnform und zwar in Form von: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)</li> <li><input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen der Sozialhilfe und zwar in Form von: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hilfe zur Gesundheit (Fünftes Kapitel SGB XII)</li> <li><input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel SGB XII)</li> <li><input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Achstes Kapitel SGB XII)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Hilfe in anderen Lebenslagen (Neuntes Kapitel SGB XII)</li> </ul>	 <b>LANDKREIS HARZ</b>
<b>Beschreibung der Hilfe einschließlich Antragsbegründung bzw. Angaben zur Ursache der Notlage:</b> (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)	
Blindenhilfe	

Hier ist Antrag auf **Blinden•hilfe** schon angekreuzt.

Das heißt:

- Dieser Antrag ist für die Blinden•hilfe.
- Sie müssen nichts mehr ankreuzen.

## Für wen wird die Blinden·hilfe beantragt?

Leistungen werden beantragt für:		
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hier steht: „**Leistungen werden beantragt für**“

Das bedeutet:

### **Wer soll die Blinden·hilfe bekommen?**

Hier schreiben Sie:

- Nach·name und Vor·name
- Geburts·datum
- Wenn Sie den Antrag für eine andere Person machen:
  - als Betreuer
  - als Familien·mitglied

schreiben Sie hier den Namen von dieser Person hin.

## Gibt es einen Betreuer oder eine Bevollmächtigte Person?

<b>Betreuer / Vormund oder Vollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten
<input type="text"/>

Haben Sie einen Betreuer?

Ein Betreuer ist ein Mensch.

Dieser Mensch wurde vom Gericht bestimmt.

Dieser Mensch hilft Ihnen bei Entscheidungen und Wünschen.

Zum Beispiel:

- bei einem Antrag
- beim Arztbesuch
- beim Umgang mit Geld



Kreuzen Sie an: Ja oder Nein.

Wenn Sie **Ja** ankreuzen:

Schreiben Sie den Namen und die Adresse des Betreuers auf.

Diese Unterlagen werden gebraucht: Betreuer·ausweis oder Voll·macht.

## Gesetzlicher Vertreter oder gesetzliche Vertreterin

Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten
<input type="text"/>

Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter?

Wenn Sie noch **nicht** 18 Jahre alt sind, schreiben Sie hier Ihre gesetzlichen Vertreter rein.

Das sind zum Beispiel:

- Eltern
- Vormund

Ein Vormund ist die gesetzliche Vertretung von einem Kind bis es 18 Jahre alt ist.

Dann tragen Sie hier die Daten der gesetzlichen Vertretung ein:

- Nachname und Vorname
- Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
- Telefonnummer und E-Mail

Diese Unterlagen werden gebraucht: **Nachweis über das Sorgerecht** oder vom **Beschluss über die Betreuung**.

## I. Persönliche Verhältnisse

I. Persönliche Verhältnisse		
Ggf. zusätzliches Blatt verwenden.	Antragsteller/in	Ehegatte (auch wenn verstorben, geschieden o. getrennt lebend) / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner(in)
Familienname (ggf. Geburtsname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum, Geburtsort/Kreis	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit (Urteil beifügen) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="text"/>	
Telefonnummer / E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

In diesem Abschnitt geht es um zwei Personen.

**Antragsteller/in:** die Person, die Blinden·hilfe braucht.

**Angaben zur zweiten Person:** Haben Sie einen Partner? oder hatten Sie einen Partner?

Das kann sein:

- Ehe·frau oder Ehe·mann
- Eingetragener Lebens·partner
- Lebens·gefährte  
Das heißt: Sie leben zusammen. Sie haben keinen Trau·schein.

Bitte tragen Sie auch etwas ein, wenn:

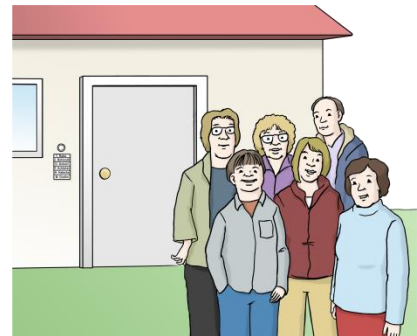
- Sie **getrennt leben**
- Sie **geschieden** sind
- Ihr Partner **verstorben** ist

Antragsteller/in wohnt in einer	<input type="checkbox"/> Wohnung im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 1 SGB XII
	<input type="checkbox"/> besonderen Wohnform im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII
	<input type="checkbox"/> anderen Unterbringungsform (z.B. Einrichtung nach § 43a SGB XI)
<input type="text"/>	
Antragsteller/in wohnt dort seit	<input type="text"/>

## Wo wohnen Sie?

Kreuzen Sie bitte an, wie Sie wohnen:

- Wohnung im Sinne des § 42a SGB XII**  
→ Das heißt: Sie wohnen in einer eigenen Wohnung oder Mietwohnung.
- Besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII)**  
→ Zum Beispiel: Sie wohnen in einer betreuten Einrichtung für Menschen mit Behinderung.
- Andere Wohnform (§ 43a SGB XI)**  
→ Zum Beispiel: Sie leben in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung mit Betreuung.



Schreiben Sie:

- Seit wann Sie dort wohnen

Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aufenthaltsstatus (mit Dokument)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Staatsangehörigkeit

Schreiben Sie ihre Staatsbürgerschaft.

Zum Beispiel:

- deutsch
- syrisch

## Aufenthaltsstatus

Diese Zeile machen Sie, wenn Sie nicht aus Deutschland sind.

Ausweisdokument mit Nummer	<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Personalausweis
	<input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Reisepass
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Ausweis-dokument

Das Ausweis-dokument ist zum Beispiel:

- der Personal-ausweis
- oder der Reise-pass

Sie müssen ankreuzen, welches Dokument Sie für diesen Antrag nehmen.

Ihre Ausweis-nummer steht oben rechts auf Ihrem Personal-ausweis.



Steuer-ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------	----------------------	----------------------

### Steuer-ID

Die Steuer-ID heißt auch **Identifikationsnummer**.

Jeder Mensch hat eine Steuer-ID.

Das Bundes-zentral-amt für Steuern hat Ihnen einen Brief mit Ihrer Steuer-ID geschickt.

Wenn Sie die Nummer nicht finden: Fragen Sie beim Finanz-amt nach.



KSTIDZEADRESSE  
Musteradresse



IDENTIF Zuteilung der Identifikationsnummer nach § 139b der Abgabenordnung (AO)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,  
das Bundeszentralamt für Steuern der Bundesrepublik Deutschland hat Ihnen die Identifikationsnummer zugeteilt. Sie wird für steuerliche Zwecke verwendet und ist lebenslang gültig. Sie werden daher gebeten, dieses Schreiben aufzubewahren, auch wenn Sie derzeit steuerlich nicht geführt werden sollten.  
Bitte geben Sie Ihre Identifikationsnummer bei Anträgen, Erklärungen und Mitteilungen zur Einkommen-/ Lohnsteuer gegenüber Finanzbehörden immer an. Bitte geben Sie vorerst Ihre Steuernummer zusätzlich zur mitgeteilten Identifikationsnummer an.

Derzeitige Beschäftigung		
Derzeitiger Arbeitgeber		
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
Falls arbeitslos, seit wann?		

### Derzeitige Beschäftigung

Was machen Sie beruflich?

Schreiben Sie:

- Ihren aktuellen Beruf
- Oder: „Ich bin Rentner“
- Oder: „Ich bin arbeitslos“
- Oder: „Ich bin Schüler“

Wenn Sie arbeitslos sind, schreiben Sie bitte auch: **seit wann**.

Erwerbsminderung/ unfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Rentenbescheid vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Rentenbescheid vorlegen

### Erwerbsminderung

Ein Mensch hat einen Bescheid von der Rentenversicherung.

In diesem Bescheid steht:

Der Mensch kann nicht mehr arbeiten.

Sind Sie erwerbsgemindert?

Kreuzen Sie an:

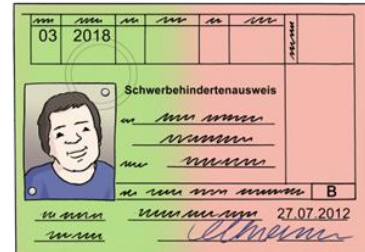
- Nein
- Ja → Bitte legen Sie den Bescheid über die Rente bei.

Schwerbehinderung (mit Dokument)	Grad der Behinderung (GdB):		Grad der Behinderung (GdB):	
	Merkzeichen:		Merkzeichen:	

**Schwerbehinderung:** Bitte Bescheid beilegen!

Schreiben Sie:

- **Grad der Behinderung (GdB)**  
→ Steht im Schwerbehindertenausweis oder Bescheid
- **Gibt es ein Merkzeichen?**  
→ Zum Beispiel: BI für blind



Pflegebedürftigkeit und Leistung	Pflegegrad:		Pflegegrad:	
	Leistung:		Leistung:	
	Bitte Bescheid beifügen!		Bitte Bescheid beifügen!	

**Pflegebedürftigkeit:** Haben Sie einen Pflegegrad?

Schreiben Sie:

- Pflegegrad 1 bis 5
- Leistung sind zum Beispiel Pflegegeld und Pflegesachleistung.

Bitte den Bescheid beilegen!

Sondennahrung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!
---------------	---	---

**Sondenernährung:** Werden Sie über eine Sonde ernährt?

Eine Sonde ist ein dünner Schlauch. Fachkräfte legen den Schlauch in den Körper.  
Zum Beispiel:

- für Essen
- Medizin

- Nein  
 Ja → Bitte Nachweis oder Anlage beilegen

Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen oder Anlage ausfüllen!
-----------------	---	---

**Bettlägerigkeit**

Können Sie das Bett nicht mehr verlassen?

- Nein  
 Ja → Bitte Nachweis oder Anlage beilegen.

Name der Rentenversicherung Versicherungsnummer	austrieni	austrieni

## Renten-versicherungs-nummer

Die Nummer besteht aus Buchstaben und Ziffern.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Deutsche</b> <input type="checkbox"/> <b>Rentenversicherung</b>	Versicherungsnummer: <b>12 123456 M 123</b> ←
	Name, Vorname: Mustermann, Max  Geburtsname: *****  ausgestellt am: 01.01.2017

**Sozialversicherungsausweis**

Social Insurance Card  
 Carte de sécurité sociale  
 Tessera di previdenza sociale  
 Tarjeta de afiliación a la Seguridad Social  
 Ταυτότητα Κοινωνικών Ασφαλίσεων  
 Legitimacija o socijalnom osiguranju  
 Sosyal sigortalar kimliği  
 Legitymacja ubezpieczenia społecznego



Die Nummer steht auf Ihrem Sozial-versicherungs-ausweis.

Meldebescheinigung zur Sozialversicherung §25 DEÜV			
Sozialversicherungsnummer	12010180M987	←	
Geburtsdatum	01.01.1980		
<b>Grund der Abgabe der Meldung</b>	<b>50 Jahresmeldung</b>		
Einzugsstelle	Techniker Krankenkasse - 15027365	AG-Betriebsnummer	12345678
		Betriebsstätte	West
Beschäftigungszeit	01.01.2013 - 31.12.2013		
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt	6064 (in EURO ohne Cents)		
Beitragsgruppen 1111	KV: allgemeiner Beitrag / RV: voller Beitrag / AV: voller Beitrag / PV: voller Beitrag		
Personengruppe 101	101 SV pflichtig Beschäftigte ohne bes. Merkmale		
Tätigkeitsschlüssel	831123212		
Staatsangehörigkeit 000	deutsch		
Mehrfachbeschäftigt	nein		
Namensänderung	nein		
Gleitzone	0 keine Arbeitsentgelte innerhalb der Gleitzone		

Rd.13.0/1.05 /P1.04

*Diese Bescheinigung ist ein wichtiges Dokument für den Nachweis des Rentenversicherungsverlaufes und ist sorgfältig aufzuheben!*

Lebt der/die Antragsteller/in in einer eheähnlichen Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  <small>Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht bessergestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII). Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn sie als auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau oder gleichgeschlechtlichen Partnern über eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgeht und sich im Sinne einer gegenseitigen Verantwortungs- und Einstehungsgemeinschaft durch innere Bindungen auszeichnet.</small>
---	--

## Leben Sie in einer ehe-ähnlichen Gemeinschaft?

Das bedeutet:

Leben Sie mit einer anderen Person **wie in einer Ehe** zusammen?

Zum Beispiel:

- Sie wohnen zusammen in einer Wohnung.
- Sie kümmern sich füreinander.
- Sie teilen sich Geld oder Ausgaben.
- Sie sind aber **nicht verheiratet**.

Wenn das so ist, kreuzen Sie **Ja** an.

Wenn nicht, kreuzen Sie **Nein** an.

## II. Weitere Personen im Haushalt

II. Weitere Personen im Haushalt (z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.)				
Ggf. zusätzliches Blatt verwenden.	1.	2.	3.	4.
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand				
Verwandtschafts- verhältnis / Stellung zum/zur Antragsteller/in				
Staatsangehörigkeit				
Beruf/Beschäftigung				

Hier schreiben Sie:

- **Mit wem** wohnen Sie zusammen?

Zum Beispiel:

- Ihre Kinder
- Ihre Eltern
- oder Mitbewohner.



### III. Angehörige außerhalb des Haushaltes

Verwandtschafts- verhältnis / Stellung zum/zur Antragsteller/in				
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)				
Staatsangehörigkeit				
Beruf/Beschäftigung				
Jährliches Gesamteinkommen i.S.d. § 16 SGB IV über 100.000,- €?	<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

III. Angehörige außerhalb des Haushaltes (Daten zu getrennt lebende/r Ehegatte, geschiedene/r Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Kinder oder Eltern eintragen, auch wenn bereits verstorben – dann bitte vermerken)				
Ggf. zusätzliches Blatt verwenden.	1.	2.	3.	4.
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand				

Hier schreiben Sie:

- Wer sind Ihre Verwandten, mit denen Sie **nicht** zusammen wohnen?

Zum Beispiel:

- Ihre Kinder
- Ihre Eltern
- oder Mitbewohner.

## IV. Unterhaltsansprüche

IV. Unterhaltsansprüche (§ 94 SGB XII)	
Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter III. Ziffer <input type="text"/>	über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von
monatlich <input type="text"/> Euro.	
Gericht: <input type="text"/>	
Aktenzeichen: <input type="text"/>	vom: <input type="text"/>
Es besteht ein Unterhaltstitel gegen die Person unter III. Ziffer <input type="text"/>	über einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von
monatlich <input type="text"/> Euro.	
Gericht: <input type="text"/>	
Aktenzeichen: <input type="text"/>	vom: <input type="text"/>
Von der Person unter III. Ziffer <input type="text"/>	werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von monatlich <input type="text"/> Euro geleistet.
Von der Person unter III. Ziffer <input type="text"/>	werden Unterhaltsbeiträge in Höhe von monatlich <input type="text"/> Euro geleistet.
Falls eine Unterhaltsbeistandschaft besteht, Name und Anschrift des Jugendamtes eintragen:	
<input type="text"/>	

Hier schreiben Sie:

- Gibt es eine Person gibt, die Ihnen Geld geben muss?  
Zum Beispiel: Ehepartner oder Kinder
- Oder müssen Sie jemandem Geld geben?



Das Sozialamt prüft, ob andere Personen Ihnen helfen müssen.

Erst dann gibt das Sozialamt Geld.

## V. Mehrbedarfe

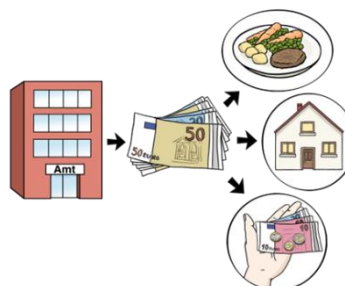
V. Mehrbedarfe (§ 30 und § 42b SGB XII)	
Besitzt eine der unter I. eingetragenen Personen einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "G" oder "aG"? Wenn ja, bitte den Ausweis in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist eine unter I. eingetragene Person schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterpass oder ein ärztliches Attest beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Benötigt eine der unter I. eingetragenen Personen eine kostenaufwendige Ernährung? Wenn ja, bitte ein ärztliches Attest oder Anlage MB Sondennahrung beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nimmt eine der unter I. eingetragenen Personen an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung im Rahmen tagesstrukturierender Angebote im Sinne des SGB IX teil? Wenn ja, bitte die Vereinbarung /den Vertrag mit dem Anbieter der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung beifügen.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Das Sozialamt kann in bestimmten Fällen mehr Geld geben.

Das nennt man **Mehrbedarf**.

Zum Beispiel:

- Sie haben eine **Behinderung** mit dem Merkzeichen „BI“. Das Merkzeichen „BI“ bekommen Sie, wenn Sie blind sind.
- Sie sind **schwanger**. Wann ist der Termin für die Geburt?
- Sie sind **allein-erziehend**.
- Sie sind krank. Wegen der **Krankheit** brauchen Sie **besonderes und teures Essen**.
- **Sie** bekommen das **Mittagessen bezahlt**.



Zum Beispiel:

- in der Schule
- oder in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)

## VI. Kranken- und Pflegeversicherung

VI. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)	
Antragsteller/in	Ehegatte / Lebensgefährte(in) / Lebenspartner(in)
Name der Krankenkasse <input type="text"/>	Name der Krankenkasse <input type="text"/>
Anschrift der Krankenkasse <input type="text"/> <input type="text"/>	Anschrift der Krankenkasse <input type="text"/> <input type="text"/>
Versicherungs-/Mitgliedsnummer <input type="text"/>	Versicherungs-/Mitgliedsnummer <input type="text"/>
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über <input type="text"/> <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung	Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über <input type="text"/> <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung
Versicherungsbeiträge monatlich für Krankenversicherung <input type="text"/> Euro Pflegeversicherung <input type="text"/> Euro	Versicherungsbeiträge monatlich für Krankenversicherung <input type="text"/> Euro Pflegeversicherung <input type="text"/> Euro

VI. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)	
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich als Haushaltsvorstand folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe zu meiner / zu unserer Krankenkasse.	
Name der Krankenkasse <input type="text"/>	Anschrift der Krankenkasse <input type="text"/>

Hier schreiben Sie:

Welche **Kranken- und Pflegeversicherung** haben Sie?

Sind Sie:

- **Pflicht-versichert**
- **freiwillig versichert**
- oder **familien-versichert?**

**Pflicht-versicherung:** Sie sind pflicht-versichert, wenn jemand für Sie das Geld an die Versicherung zahlt.

Zum Beispiel:

- Sie arbeiten in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM).  
Dann bezahlt die Werkstatt Ihre Versicherung.
- Sie sind Rentner. Dann bezahlt die Renten-versicherung Ihre Versicherung.

**Freiwillige Versicherung:** Sie bezahlen selber die Versicherung.

**Familien-versicherung:** Eine Person in Ihrer Familie hat eine Versicherung. Sie sind bei derselben Versicherung versichert.

Zum Beispiel: Kinder sind bei ihrer Mutter versichert.

**Das ist wichtig:** Wenn Sie nicht versichert sind, sagen Sie das im Sozial·amt. Das Sozial·amt hilft Ihnen, eine Versicherung zu bekommen.

## VII. Einkommensverhältnisse

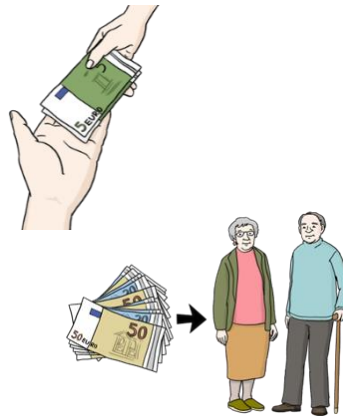
VII. Einkommensverhältnisse des/der Antragsteller/in und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (§ 82 ff. SGB XII)						
Es sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf Ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Art und Höhe der Einkünfte und Bezüge sind nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Verdienstabrechnungen, Rentenmitteilungen, Kontoauszüge etc. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.						
Art des monatlichen Einkommens (nichtzutreffendes streichen)	Antragsteller/in	Ehegatte usw.	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe unter 2.)			
			1.	2.	3.	4.
	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €
Einkommen aus Arbeit, Ausbildung und Studium						

Schreiben Sie:

Bekommen Sie regelmäßig Geld?

Zum Beispiel:

- Rente
- Kranken·geld
- Kinder·geld
- Wohn·geld



Schreiben Sie, wie viel Geld Sie **insgesamt** bekommen.

## VIII. Vom Einkommen abzusetzende Beträge

VIII. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§ 82 SGB XII)							
Art des monatlichen Absetzbetrages	Antragstellerin Betrag in €	Ehegatte usw. Betrag in €	Sonstige Haushaltsmitglieder (Siehe unter 2.)				
			1. Betrag in €	2. Betrag in €	3. Betrag in €	4. Betrag in €	
Abs. 2							
Aufwendungen für Arbeitsmittel							
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte							
Einfache Fahrstrecke zum Arbeitsort in km							
Beiträge zu Berufsverband							
Hausratversicherung							
Haftpflichtversicherung							
Sterbegeldversicherung							

Schreiben Sie:

Welche **Kosten** Sie haben, die mit Ihrer Arbeit zu tun haben.

Zum Beispiel:

- Kosten für **Arbeitsmittel**
  - Zum Beispiel: Arbeitskleidung, Hilfsmittel
- **Fahrtkosten zur Arbeit**
- Beiträge zu einem **Berufsverband**
- Beiträge für eine **Haftpflichtversicherung**
- Beiträge für eine **Sterbegeldversicherung**
- Geld für die **private Altersvorsorge**



Diese Ausgaben können vom Einkommen **abgezogen** werden.

So zeigt sich besser, wie viel Geld Ihnen bleibt.

## IX. Vermögenswerte

IX. Vermögenswerte (§ 90 SGB XII)						
Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte (z.B. Forderungen und Nutzungsrechte) mit einer gewissen Wertigkeit; es muss jedes Vermögen – auch das nicht verwertbare – aus dem In- und Ausland angegeben werden, ausgenommen angemessener Hausrat.						
Art des Vermögens (nichtzutreffendes streichen)	Antragstellerin	Ehegatte usw.	Sonstige Haushaltsmitglieder (Siehe unter II.)			
			1.	2.	3.	4.
	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €	Betrag in €
Bargeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guthaben auf Girokonto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schreiben Sie:

Haben Sie Vermögen?

**Vermögen** heißt: Wie viel Geld oder wertvolle Sachen Sie haben?



Vermögen ist zum Beispiel:

- Geld in Ihrem Geldbeutel
- Geld auf Ihrem Konto oder Ihrem Sparbuch
- Ihr Auto
- oder Ihr Haus



Hat eine der unter I. und II. aufgeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z.B. Grundbesitz, Bargeld)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar			
<input type="checkbox"/> Schenkung <input type="checkbox"/> Verkauf <input type="checkbox"/> Überlassung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>			
Name, Vorname des Schenkers			
<input type="text"/>			
Name, Vorname des Beschenkten		Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Wert des Vermögens	Art des Vermögens	Zeitpunkt der Übertragung	Anlass
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schreiben Sie:

Haben Sie teure Dinge verschenkt **in den letzten 10 Jahren?**

Zum Beispiel:

- Geld
- Haus



## X. Sonstige Verhältnisse des/der Antragstellers/in

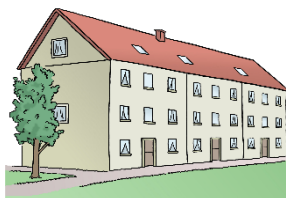
X. Sonstige Verhältnisse des/der Antragstellers/in	
Wohnung	
Der/die Antragsteller/in ist	<input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Untermieter
bei	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Besitzer eines/einer <input type="checkbox"/> Einfamilienhauses <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Zwei-/Mehrfamilienhauses
Höhe der mtl. Grundmiete	<input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Betriebs- und Nebenkosten <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Heizkosten <input type="text"/> €
Wird Wohngeld bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/> Ja, monatlich <input type="text"/> €
Wenn ja, Name und Anschrift der Behörde	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Bewilligungszeitraum von	<input type="text"/> bis <input type="text"/>

Schreiben Sie:

Antworten auf besondere Fragen, die wichtig für Ihren Antrag sind.

### Haben Sie eine eigene Wohnung oder ein eigenes Haus?

- Wohnen Sie zur Miete?



- Wohnungseigentum:

Haben Sie eine eigene Wohnung oder ein eigenes Haus?



Ansprüche	
Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?	<input type="text"/>
Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, Name und Anschrift der Behörde	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Bewilligungszeitraum von	<input type="text"/> bis <input type="text"/>
Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Datum der Antragstellung	<input type="text"/>
Name der Rentenversicherung	<input type="text"/>
Liegt bei einer der unter I. eingetragenen Person ein immaterieller Schaden (Bsp. Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung) vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, der Schaden ist entstanden durch	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Impfung <input type="checkbox"/> Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> Kriegsereignis <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Andere Ursachen
Erläuterung zur Entstehung des Schadens	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Besteht ein Schadensersatzanspruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, Name und Anschrift des Verursachers	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Glaubt eine unter I. eingetragene Person, weitere noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen bisher noch keine Leistungen bezogen werden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund <input type="text"/>
Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ich – meine im Haushalt lebenden Angehörigen – habe(n) keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte.	
<input type="checkbox"/> Ich – meine im Haushalt lebenden Angehörigen – habe(n) folgende vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte: (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege) – Vertrag ist beizufügen! –	

## Wie haben Sie bisher Ihren Lebensunterhalt bezahlt?

Schreiben Sie hier:

- Wovon haben Sie bisher gelebt  
Zum Beispiel:
  - Rente
  - eigenes Einkommen
  - Hilfe von Angehörigen
- Haben Sie früher schon einmal Sozialhilfe bekommen?  
→  Ja oder  Nein ankreuzen

Wenn ja, schreiben Sie: Bei welchem Amt? Wann war das?

- Bekommen Sie noch Geld von jemandem?

Aufenthalt	
<input type="checkbox"/> Bei Heim- oder Anstaltsaufnahme oder Aufnahme in einer Pflegefamilie: Wohnung in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bei Übertritt von einem Heim/Anstalt in ein/e andere/s Heim/Anstalt usw. oder Wechsel der Pflegefamilie: Wohnung vor der erstmaligen Aufnahme	<input type="text"/>
Wer war bisher Kostenträger?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bei Heim- oder Anstaltsentlassung oder Auszug aus Pflegefamilie: Name der letzten Einrichtung oder der Pflegefamilie	<input type="text"/>
Dauer des Aufenthalts	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bei Umzug innerhalb der letzten 3 Monate: Datum des letzten Umzuges	<input type="text"/>
Von wo zugezogen?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertritts	<input type="text"/>
Auslandsaufenthalt von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	
Letzte Wohnung im Ausland	<input type="text"/>

### **Gibt es eine Veränderung beim Wohnort oder Aufenthalt?**

Zum Beispiel:

- Sie werden aus einem Heim entlassen.
- Sie wechseln von einem Heim in ein anderes.
- Sie ziehen um.
- Sie sind neu aus dem Ausland nach Deutschland gekommen.

## XI. Bankverbindung

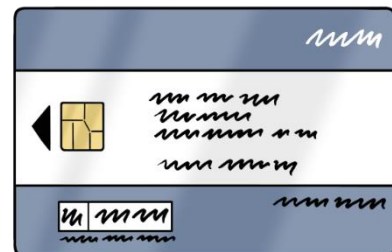
XI. Bankverbindung	
Die zu gewährenden Sozialhilfeleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden: <input type="checkbox"/> Privatkonto (Bankverbindung untenstehend erfassen) <input type="checkbox"/> Einrichtung (Bankverbindung laut Rechnungslegung)	
Name des Kreditinstituts	
Name des Kontoinhabers	
IBAN	
BIC	

Hier schreiben Sie:

Sie bekommen Blinden·hilfe. Auf welches Konto kommt das Geld?

Schreiben Sie:

- Den **Namen von Ihrer Bank**
- Den **Namen des Konto·inhabers**  
Das kann auch eine andere Person sein.  
Zum Beispiel ein Betreuer.
- Die **IBAN** steht **vorne** auf Ihrer Bank·karte.
- Der **BIC** steht **hinten** auf Ihrer Bank·karte.



## Hinweise und Datenschutz

Hinweise
<p>Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).</p> <p>Für den Zeitraum des Leistungsbezuges besteht für Leistungsberechtigte die Pflicht, dem Träger der Sozialhilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in den persönlichen Verhältnissen insbesondere Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen sowie jegliche Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).</p> <p>Zur Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen besteht ferner für Leistungsberechtigte die Pflicht Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des Trägers der Sozialhilfe Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 3 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).</p> <p>Hat der Träger der Sozialhilfe Leistungen zu erbringen, obwohl Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. Unterhalt, Schenkungen, andere Sozialleistungen) bestehen, geht der Anspruch in Höhe der Leistungen auf den Träger der Sozialhilfe über, ggf. kann der Anspruchsübergang bewirkt werden.</p> <p>Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Ausland keine Leistungen erhalten. Daher sind 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.</p>
Datenschutz
<p>Mit Unterzeichnung des Antrages wird die Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 sowie Artikel 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bestätigt.</p> <p>Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger oder z.B. an ärztliche Gutachter weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 60 Abs. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch). Sofern ich mit einer solchen Weitergabe generell nicht einverstanden bin, kann ich der Übermittlung vorab widersprechen.</p>

### Wichtig für Sie:

- Wenn Sie Hilfe vom Sozialamt bekommen wollen, müssen Sie **ehrlich alle wichtigen Dinge sagen**.
- Wenn sich etwas ändert  
Zum Beispiel: Einkommen, Vermögen, Wohnen  
**müssen Sie das sofort mitteilen**.
- Wenn Sie länger als **4 Wochen im Ausland** sind,  
**kann die Hilfe gestoppt werden**.
- Sie müssen sagen, wann Sie zurück nach Deutschland kommen.  
Am besten mit einem **Beleg**  
Zum Beispiel: Reiseticket, Fahrkarte

### Datenschutz

- Das Sozialamt darf meine Daten verwenden, um über den Antrag zu entscheiden.
- Daten vom Arzt dürfen **nur weitergegeben werden**, wenn ich einverstanden bin.
- Ich kann sagen: „Ich will das nicht.“ Das nennt man **Widerspruch**.

## Schluss·erklärung und Unterschrift

Schlusserklärung	
<p>Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Über meine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch) wurde ich hinreichend belehrt. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen wissentlich falscher bzw. unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.</p> <p>Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen sowie zur Offenbarung personenbezogener Daten (§ 67 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch), soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus dem im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Dies gilt auch für ärztliche Untersuchungsunterlagen, die während des Verfahrens erstellt werden.</p>	

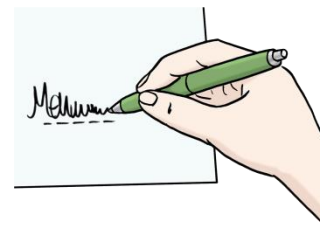
Rechtsverbindliche Unterschrift			
Datum <input type="text"/>	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters	<input type="checkbox"/> Antrag aufgenommen <input type="checkbox"/> Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft	
Datum <input type="text"/>	Unterschrift des/der Ehegatten / Lebenspartner/in / Lebensgefährte/in (ggf.)	Datum <input type="text"/>	Unterschrift Sachbearbeiter/in (Behörde)

### Mit Ihrer Unterschrift sagen Sie:

- Ich habe alles **richtig und vollständig** ausgefüllt.
- Ich weiß: Falsche Angaben sind **strafbar**.
- Ich weiß, dass ich dem Amt sagen muss, wenn sich etwas ändert.
- Meine **Gesundheits·daten werden geprüft**.  
Zum Beispiel durch den Amts·arzt.

Sie schreiben:

- Ort und Datum eintragen
- ✓ Unterschreiben Sie den Antrag



Wenn jemand anderes den Antrag stellt (z. B. ein Betreuer):

- Dann unterschreibt diese Person.
- Auch der Ehe·partner oder Lebens·gefährte kann unterschreiben, wenn es um gemeinsame Angaben geht.



Brauchen Sie Hilfe beim Antrag?

Oder haben Sie Fragen zum Antrag?

Dann rufen Sie eine Fachkraft im Sozialamt an:

03445 73 1266 oder 03445 73 1293.

- Sie **geben den Antrag persönlich ab.**

Dafür brauchen Sie **keinen Termin.**

Sie geben den Antrag zu den Sprechzeiten ab:

Dienstag: 8.30 Uhr – 11.30 Uhr und 13.00 Uhr – 17.30 Uhr

Donnerstag: 8.30 Uhr – 11.30 Uhr und 13.00 Uhr – 15.00 Uhr

Freitag: 8.30 Uhr – 11.30 Uhr

Sie geben den Antrag hier ab:

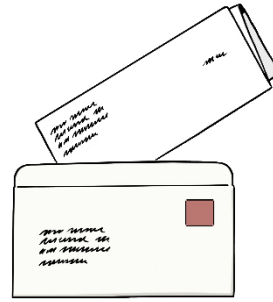
Naumburg, Schönburger Straße 41

- Sie **werfen den Antrag in den Briefkasten vom Landratsamt.**

**Naumburg**, Schönburger Straße 41

- Oder Sie schicken den Antrag **per Post** an die Adresse:

Burgenlandkreis  
Sozialamt  
Schönburger Straße 41  
06618 Naumburg (Saale)



- Oder Sie senden den Antrag per **E-mail** an folgende E-mail-Adresse:  
sozialamt@blk.de

## Verantwortliche

### **Verantwortlich für den Inhalt:**

Örtliches Teilhabemanagement Burgenlandkreis  
Bereich Behindertenbeauftragte  
Burgenlandkreis  
Landratsamt  
Außenstelle Bahnstraße 48  
06618 Naumburg (Saale)

### **Herausgeber:**

Burgenlandkreis  
Schönburger Straße 41  
06618 Naumburg (Saale)

*Das Projekt Örtliches Teilhabemanagement im Burgenlandkreis wird gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds Plus und Mitteln des Landes Sachsen-Anhalt.*

**BURGEN  
LANDKREIS**



**Die Bilder sind von:**

© Lebenshilfe Bremen e.V.  
Waller Heerstraße 55  
28217 Bremen

