



Landkreis Northeim  
Fachbereich 34

Eingangsstempel

Aktenzeichen: 34.

### Antrag auf folgende Leistung(en):

- Eingliederungshilfe** >  Besondere Wohnform  Qualifizierte Assistenz  
 Tagesstätte  Gruppe  Werkstatt  Sonstiges  
 **Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt**

Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Kostenträger bewilligt oder abgelehnt?  <b>Oder</b>  Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Kostenträger beantragt?  <b>Oder</b>  Haben Sie bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja (wann/wo) <input type="checkbox"/> Nein <hr/> <input type="checkbox"/> Ja (wann/wo) <input type="checkbox"/> Nein <hr/> <input type="checkbox"/> Ja (wann/wo/welche) <input type="checkbox"/> Nein <hr/>
---	---

### Persönliche Angaben

Familienname, Ehe- name, Geburtsname	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft Seit wann:
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt für „ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen)

Steueridentifikationsnummer	
Telefon-Nr.: Mobil: E-Mail:	
Beruf/ Beschäftigung	
Arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Grund: <hr/> <hr/>
Wohnanschrift PLZ, Ort, Straße, Hausnr.	<hr/> <hr/> <hr/>
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, unter folgender Anschrift <hr/> <hr/>

## Gesetzliche Betreuung

Ist eine gesetzliche Betreuerin oder ein gesetzlicher Betreuer bestellt?	
<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	
Name	
Vorname	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	

## Daten des Partners

(Ehegatte/-in, Lebenspartners/-in, eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft)

Name	
Vorname	
Wohnanschrift PLZ, Ort, Straße, Hausnr.	
Geburtsdatum	
Beruf/Beschäftigung	
Wird über erhebliches Einkommen verfügt? (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>

## Unterhaltspflichtige Angehörige

(getrennt lebend, geschiedene Ehegatten, Kinder, Eltern)

	1	2	3
Familienname, Ehe- name, Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Verwandtschaftsgrad			
Zahl der Kinder			
Wohnanschrift PLZ, Ort, Straße, Hausnr.			
Beruf/Beschäftigung			
Wird über erhebliches Einkommen verfügt? (ab 100.00 EUR jährlich)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>

## Wohnverhältnisse

Sind Sie Mieter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Untermieter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Eigentümer eines Hauses o. einer Wohnung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein freies Wohnrecht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Mietvertrag

### Vermieter

Name, Vorname	
Wohnanschrift PLZ, Ort, Straße, Hausnr.	

### Mieter

Name, Vorname	
Wohnanschrift PLZ, Ort, Straße, Hausnr.	
Mietvertrag abgeschlossen am	_____ (Datum)
Besteht eine Wohn- und Wirtschafts- gemeinschaft mit den im Haushalt leben- den Personen?	<input type="checkbox"/> Ja, mit wem? <input type="checkbox"/> Nein _____
Erhalten Sie Leistungen nach dem Wohngeldgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweis beifügen) € _____ (Betrag) <input type="checkbox"/> Nein

## Einkommen (Bitte Nachweise beifügen)

Art des Einkommens	Ja	Nein	€ mtl.
Netto-Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterhaltsleistungen von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pension/Ruhegehalt/Hinterbliebenenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansprüche aus Altenteils- und Übergabeverträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zinseinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altersrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfallrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Witwen- u. Waisenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zusatzrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitslosengeld (SGB III)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kranken-/Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufsausbildungsbeihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegeversicherungsleistungen (SGB XI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Landesblindengeld/Blindenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elterngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Leistungen der Kriegsofopferfürsorge</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>€ mtl.</b>
Grundrente (MdE       %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausgleichsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegattenzuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufsschadenausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elternrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Leistungen für Vertriebene/ geflüchtete Menschen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>€ mtl.</b>
Unterhaltshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sonstiges Einkommen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>€ mtl.</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Besondere Belastungen (Bitte Nachweise beifügen)

Art der Belastung	Ja	Nein	€ mtl.
Abzahlungsverpflichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Belastungen	Ja	Nein	€ mtl.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nur bei Erwerbstätigen	Ja	Nein	€ mtl.
Gewerkschafts-/ Berufsverbandsbeitrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsmittelaufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fahrtkosten öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fahrtkosten PKW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Einfache Entfernung Km _____		
Kfz-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fahrtkostenerstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Vermögen (Bitte Nachweise beifügen)

Art des Vermögens	Ja	Nein	Wert in €
Bargeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Girokonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sparguthaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wertpapiere/Aktien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bausparguthaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hausgrundstücke/ sonst. Grundstücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunstgegenstände/Schmuck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aus Schmerzensgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kennzeichen: Hersteller: Typ: Baujahr: Kilometerstand: Zeitwert: €	
Sonstiges Vermögen (Erbansprüche, Schenkung, Veräußerung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <hr/>	

### Für Ausländische Staatsangehörige (Bitte Nachweise beifügen)

Welche Staatsangehörigkeit/en haben Sie?	<hr/> <hr/> <hr/>
Aufenthaltsstatus (Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung etc.)	<hr/> <hr/> <hr/>
Gültigkeit	<hr/> <hr/>

### Kranken- und Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen)

Besteht eine Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Krankenkasse	<hr/> <hr/>
Krankenversicherungsnummer	<hr/> <hr/>
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über: <hr/> <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung <input type="checkbox"/> keine
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt Seit wann:
Welche Leistungen der Pflegeversicherung werden erhalten?	<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Kombination von Geldleistung u. Sachleistung

**Behinderung** (Bitte Nachweise (aktuelle Diagnosen und Mediaktion, Befunde der Fachklinik und Facharzt der letzten 2 Jahre) beifügen)

Art der Behinderung	
Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja, (bitte Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt Am:
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Straftat <input type="checkbox"/> sonstige: <hr/> <hr/>
Bestehen Schadenersatzansprüche?	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein Gegen wen: <hr/>
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweise beifügen) Gegen wen: <hr/> <input type="checkbox"/> Nein
Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein Wann/Wo: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



## Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz

Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz?

- Ja  
 Nein

Falls ja, nach welchem Gesetz?

- Bundesversorgungsgesetz (BVG)  
 Soldatenversorgungsgesetz (SVG)  
 Zivildienstgesetz (ZDG)  
 Bundesfreiwilligendienstgesetz (BVG)  
 Häftlingshilfegesetz (HHG)  
 Infektionsschutzgesetz (IfSG)  
 Opferentschädigungsgesetz (OVG)  
 Bundesgrenzschutzgesetz  
 Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz  
 Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz  
 Unterhaltshilfe für Angehörige von Kriegsgefangenen

## Bisherige Aufenthaltsverhältnisse

Tatsächliche Aufenthalte in den letzten sechs Monaten

Ort

von

bis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bankverbindung

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Antragsteller:  Ja  
 Nein

Name, Vorname

## Bestätigung

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei der Berechnung und Zahlbarmachung der Eingliederungshilfe/Sozialhilfe Daten verarbeitet werden. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Darlegungen in diesem Antrag sowie durch Unterlassen einer späteren Mitteilung über etwaige Veränderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Eingliederungshilfe/Sozialhilfe strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.

Von den diesem Antrag beigefügten Informationen zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und dem Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) über die Mitwirkungspflicht der oder des Leistungsberechtigten habe ich Kenntnis genommen.

**Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in	GgF. Unterschrift Betreuer/-in/ Bevollmächtigte/-n/

**Dem Antrag sind u. a. folgende Unterlagen in Kopie beizufügen:**

- Bei bestehen einer gesetzlichen Betreuung: Betreuerausweis
- Für ausländische Staatsangehörige: Aufenthaltstitel
- Schwerbehindertenausweis
- Mietvertrag
- Einkommens- und Vermögensnachweise
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über die Feststellung eines Pflegegrads (Pflegegutachten)
- Nachweise über die Leistungen der Pflegekasse
- **Ärztliche Unterlagen: aktuelle Diagnosen und Medikation (Vordruck aktuelle Diagnosen und Medikation ist freiwillig); Befunde der Fachklinik und Facharzt der letzten 2 Jahre (aus denen sich Art und Schwere der Behinderung ergeben)**

**Bitte denken Sie daran, den Antrag vollständig auszufüllen und Ihre Angaben durch die notwendigen Nachweise zu belegen. Fehlende Angaben und Unterlagen müssen nachgefordert werden und verzögern die Bearbeitung.**

**Achtung:**

Entstandene Kosten nach dem GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte und jeglicher Art von Kosten) werden vom Landkreis Northeim nicht übernommen.

## **Merkblatt**

### **Informations- und Transparenzpflicht nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

Die von Ihnen gem. § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen nach § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) i.V.m. §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c DSGVO. Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67 d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff SGB IX).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist. Längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Rech auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

#### **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

Landkreis Northeim  
Medenheimer Str. 6/8  
37154 Northeim  
Tel.: +49 (05551) 708 0  
E-Mail: [info@landkreis-northeim.de](mailto:info@landkreis-northeim.de)

## **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten für den Landkreis Northeim:**

Kommunale Dienste Göttingen KDG-(KAöR)  
Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r  
Paulinerstr. 14  
37073 Göttingen  
Telefon: +49 (0551) 384 4125  
E-Mail: [datenschutz.landkreis-northeim@kdgoe.de](mailto:datenschutz.landkreis-northeim@kdgoe.de)

## **Aufsichtsbehörde für Niedersachsen:**

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen  
Prinzenstraße 5  
30159 Hannover  
Telefon: +49 (0511) 120 45 00  
Fax: +49 (0511) 120 45 99  
E-Mail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

# Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - 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 Leistungs-trägers 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 Leistungs-trägers 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.

## § 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.

## § 62

### Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

## § 63

### Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Bes-

serung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

## § 64

### Berufsfördernde Maßnahmen

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

## § 65

### Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungs-berechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

- (2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

### **§ 65 a**

#### **Aufwendungsersatz**

(1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

### **§ 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 Ermittlungen 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, anerkannten Schädigungsfolgen 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 selbständigen 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.

### **§ 67**

#### **Nachholung der Mitwirkung**

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.