

Absender Name, Vorname Straße, Nr. PLZ, Ort	Eingangsvermerk/-stempel (wird von der Behörde ausgefüllt) Aktenzeichen Datum
---	---

Antrag auf unbare Zahlung der Leistungen nach dem dritten, vierten, fünften bis neunten Kapitel SGB XII

1. Überweisung auf mein eigenes Konto

Name, Vorname des Heimbewohners

Die mir zustehende laufende Leistung bitte ich künftig auf mein nachstehend aufgeführtes Konto zu überweisen.

IBAN
BIC
Geldinstitut

Erklärung des Kontoinhabers

Ich verpflichte mich, dem Landratsamt Altenburger Land jede Änderung der Verhältnisse, welche die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, unverzüglich mitzuteilen und überzahlte Beträge dem Landratsamt Altenburger Land zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Kreditinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge dem Landratsamt Altenburger Land zurückzuzahlen.

_____ Datum Unterschrift

2. Überweisung auf ein Fremdkonto

Die mir zustehende laufende Leistung bitte ich künftig auf mein nachstehend aufgeführtes Fremdkonto zu überweisen (z.B. eines Familienangehörigen oder eines Betreuers).

Name, Vorname des Kontoinhabers
Anschrift des Kontoinhabers
IBAN
BIC
Geldinstitut

_____ Datum Unterschrift des/der Antragstellers/in

Erklärung des Kontoinhabers

Der/Die Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung der o.g. Sozialleistungen nach dem SGB XII an den Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin:

_____ (Vor und Zuname) _____ (geboren am)

entgegenstehend (z.B. Ableben, Aufenthaltswechsel, Krankenhausaufenthalt), unverzüglich dem Landratsamt Altenburger Land mitzuteilen. Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge dem Landratsamt Altenburger Land zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge dem Landratsamt Altenburger Land zurückzuerstatten.

_____ Ort, Datum Unterschrift des/der Fremdkontoinhabers/in

Vollmacht

hiermit bevollmächtige ich, die für mich zuständige Sachbearbeiterin des Landratsamtes Altenburger Land - Fachdienst Sozialhilfe - , sämtliche Bescheide (Bewilligung, Ablehnung, Aufhebung, Einstellung) in Kopie oder Durchschrift nachrichtlich dem Pflegeheim zu übersenden.

Name der Pflegeeinrichtung

Die für mich bestimmte Post des Landratsamtes Altenburger Land - Fachdienst Sozialhilfe - soll

an mich selbst

Name, Vorname

an

Anschrift

versandt werden.

Diese Vollmacht gilt für den Zeitraum, in dem Hilfe zur Pflege in Einrichtungen durch das Landratsamt Altenburger Land - Fachdienst - Sozialhilfe - gewährt wird oder bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/Betreuer/Bevollmächtigter