

Antrag auf unbare Zahlung (Kontozahlung, Überweisung)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

Ich beantrage, die mir gewährten Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Teil XII – SGB XII – unbar auf das folgende Konto zu zahlen:

Name / Bezeichnung des Kontoinhabers	<input type="checkbox"/> wie oben
Anschrift des Kontoinhabers	<input type="checkbox"/> wie oben
IBAN / Kontonummer	BIC / Bankleitzahl
Bezeichnung des Bankinstitutes	

- Ich bin allein verfügungsberechtigt über das o.g. Konto
- verfügungsberechtigt über das o.g. Konto sind noch folgende Personen

1. _____
Name Vorname

2. _____
Name Vorname

Unter Beachtung des § 60 Sozialgesetzbuch Teil I –SGB I – verpflichte ich mich, gegenüber dem Leistungsträger alle Tatsachen anzugeben, die für den Bezug von Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII von Bedeutung sind. Hierzu gehören insbesondere jede Änderung in den Einkommens – und Vermögensverhältnissen, in den Familien – und Aufenthaltsverhältnissen, sowie jede Aufnahme in ein Krankenhaus, eine Anstalt oder ein Heim.

Ich verpflichte mich, zu viel erhaltene Beträge zurückzuzahlen.

Sofern für die Gewährung der Leistungen ein anderes Bezirksamt zuständig wird, ist dieser Antrag gegenstandslos.

Kontoführungsgebühren sind im Regelsatz enthalten. Kosten die im Zusammenhang mit dem Konto entstehen, werden daher grundsätzlich nicht vom Leistungsträger übernommen.
 Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten.

Leistungsempfänger <input checked="" type="checkbox"/>	Kontoinhaber (sofern nicht identisch mit dem Leistungsempfänger) - Kenntnis genommen - _____ Unterschrift / Datum
_____ Unterschrift des Leistungsempfänger / Datum	

Freiwillige Erklärung:	
Ich beauftrage das oben genannten kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben und anderen Verfügungsberechtigten, überzahlte Beträge auf Anforderung dem Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, Geschäftsbereich Soziales zurückzuzahlen, soweit das Guthaben ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – nicht jedoch von meinen Erben und anderen Verfügungsberechtigten - bis zum 3. eines Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen oder geändert werden. Sollte kein hinreichendes Guthaben vorhanden sein, ermächtige ich hiermit das kontoführende Geldinstitut, dem Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, Geschäftsbereich Soziales auf Anforderung Auskunft über meine Erben oder sonstige Verfügungsberechtigte zu geben.	
Mit einer Offenbarung meiner im Antrag enthaltenen persönlichen Daten gegenüber dem oben bezeichneten Kreditinstitut bin ich einverstanden.	
<input checked="" type="checkbox"/>	_____ Unterschrift weiterer verfügungsberechtigter Personen / Datum
_____ Unterschrift des Kontoinhabers / Datum	