



## Zusatzantrag für eine weitere Person

### Der Hauptantrag wird gestellt von:

Familienname\*

Vorname\*

Geburtsdatum\*

(tt.mm.jjjj)

Aktennummer (falls bekannt)

### Die weitere Person, für die der Antrag gestellt wird, ist:\*

- der/die Ehepartner\*in
- der/die Lebenspartner\*in
- der/die Partner\*in in einer eheähnlichen Gemeinschaft
- ein Kind unter 15 Jahren

### Welche Unterlagen benötigen Sie? (bitte als Kopie)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ausweisdokument</li><li>• Ggf. Sozialleistungsbescheid</li><li>• Vollmacht bzw. Betreuerausweis</li><li>• Nachweis Krankenversicherung</li><li>• Ggf. Nachweis über Erwerbsunfähigkeit</li><li>• Entsprechende Nachweise über besonderen Bedarf</li><li>• Nachweis über vorrangige Leistungen (siehe Schritt 8)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Einkommensnachweise</li><li>• vollständiger Erstrentenbescheid</li><li>• Nachweise über monatliche Ausgaben</li><li>• Nachweise über Vermögen</li><li>• Nachweis über Unterhaltsansprüche</li><li>• lückenlose Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller Konten</li></ul> | <p><b>Nur bei ungedeckten Kosten im Bereich der Pflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pflegegutachten</li><li>• Entscheidung der Pflegekasse</li><li>• Kostenvoranschlag des eingesetzten Pflegedienstes</li></ul> |
|---|---|--|

### Wie geht es nach dem Absenden weiter?

Nach dem Absenden des ausgefüllten Formulars lassen Sie uns bitte noch alle erforderlichen Unterlagen (siehe oben) zukommen. Sie können dies entweder über den [Digitalen Briefkasten](#) der Stadt Wiesbaden oder auf dem Postweg (Adresse siehe Fußzeile) erledigen.

**Ihr Antrag wird anschließend von der Fachabteilung auf Vollständigkeit der Angaben geprüft und Sie erhalten innerhalb von ca. 3 Wochen eine Rückmeldung.**



## 1. Für wen wird der Zusatzantrag gestellt?

Bitte geben Sie hier die persönlichen Daten der weiteren Person ein.

**Bitte fügen Sie ein Ausweisdokument bei.**

**Bitte fügen Sie ggf. den Sozialleistungsbescheid bei.**

**Familienname\***

**Vorname\***

**Straße\***

**Hausnummer\***

**PLZ\***

**Ort\***

**Hinweis:** Verfügt die Person über keinen festen Wohnsitz, geben Sie hier bitte die Anschrift an, unter der wir die Person postalisch erreichen können.

**Geburtsname**

**Geschlecht\***

m  w  d  ohne Angabe

**Geburtsdatum\***

**Geburtsort\***

(tt.mm.jjjj)

**Familienstand\***

**Wenn geschieden/verwitwet, seit wann:**

(tt.mm.jjjj)

**Staatsangehörigkeit\***

**Kommt die Person aus einem Staat außerhalb von Deutschland?\***

nein  ja, Datum der Einreise:  (tt.mm.jjjj)

**Hat jemand eine Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz für die Person abgegeben?\***

nein  ja, Name und Anschrift:

(maximal 250 Zeichen)

## 2. Gibt es eine bevollmächtigte oder betreuende Person?\*

Falls ja, fügen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bzw. des Betreuerausweises bei.

nein  ja, bitte Kontaktdaten angeben:

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

E-Mail Adresse

## 3. Ist die Person krankenversichert?\*

Falls ja, bitte fügen Sie einen Nachweis zur Krankenversicherung bei.

nein  ja, bitte Versicherungsdaten angeben:

Art der Versicherung

Pflichtversicherung  private Krankenversicherung

freiwillige Versicherung  ausländische Krankenversicherung

Familienversicherung über:

Name der Krankenversicherung

Versicherungs- bzw. Mitgliedsnummer

Was zahlt die Person monatlich für die Versicherung?

EUR

#### 4. Welchen besonderen Bedarf hat die Person?

Bitte fügen Sie den/die entsprechende(n) Nachweis(e) bei.

**Hat die Person eine Schwerbehinderung?\***

nein  ja, Ausweis gültig bis:   beantragt am:

**Merkzeichen G (Gehbehinderung) oder aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)?\***

nein  ja

**Besteht bei ihr eine Schwangerschaft?\***

nein  ja

**Benötigt sie/er eine besondere Ernährung?\***

(z.B. aufgrund einer Krankheit oder Ihrer Schwerbehinderung)

nein  ja

**Besucht die Person eine Werkstatt für behinderte Menschen oder eine Tagesförderstätte innerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen?\***

nein  ja, Name und Anschrift der Einrichtung:

(maximal 250 Zeichen)

**Nimmt die Person dort an der Mittagsverpflegung teil?**

nein  ja, Anzahl der Tage pro Woche:  Tage / Woche

### 5. Welche Einkünfte hat die Person?

Bitte fügen Sie Nachweise über Einkommen der letzten 12 Monate bei.

Bezieht die Person Rente?\*  nein  ja, bitte angeben:

Art der Rente

Monatlicher Betrag



EUR



EUR



EUR

Wenn die Person mehr als drei Renten bezieht, ergänzen Sie bitte die weiteren Renten in Schritt 9.

Art des Einkommens

Monatlicher Betrag

**Einkünfte aus nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit\***  nein  ja  
 (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt in der Werkstatt für behinderte Menschen)

EUR

**Leistungen der Pflegeversicherung\***  nein  ja  
 (z.B. Pflegegeld, auch einmalige Zahlungen)

EUR

**Leistungen der Krankenversicherung\***  nein  ja  
 (auch einmalige Zahlungen)

EUR

**Leistungen der Eingliederungshilfe\***  nein  ja  
 (z.B. beim Landeswohlfahrtsverband LWV Hessen)

EUR

**Wohngeld / Lastenzuschuss\***  nein  ja

EUR

**Ausländische Einkünfte\***  nein  ja

EUR

**SGBII / Jobcenter\***  nein  ja

EUR

<p><b>Leistungen für Kinder*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>(z.B. Kindergeld, Kindergeldzuschlag)</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Falls ja, wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben?</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>		
<p><b>Blindengeld*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Privatrechtlich geldwerte Ansprüche*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>(z.B. Beköstigung, Taschengeld, Leibrente)</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Kapitalerträge*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Vermietung und Verpachtung*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Leistungen der Arbeitsförderung*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Unterhalt*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Steuererstattung*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Guthaben aus Abrechnungen*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Sonstige Einkünfte*</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<input type="text"/>	EUR
<p><b>Art der sonstigen Einkünfte</b></p>	<input type="text"/>	
<p><b>Bitte bestätigen Sie*:</b></p> <p><input type="radio"/> Es ist nur das oben angegebene Einkommen vorhanden.</p> <p><input type="radio"/> Es ist kein Einkommen vorhanden.</p>		

## 6. Welche monatlichen Ausgaben hat die Person?

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

Art der Ausgabe	Monatlicher Betrag	Art der Ausgabe	Monatlicher Betrag
<b>Steuern auf das Einkommen</b>	<input type="text"/> EUR	<b>Sozialversicherungsbeiträge</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Haftpflichtversicherung</b>	<input type="text"/> EUR	<b>Hausratversicherung</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Unfallversicherung</b>	<input type="text"/> EUR	<b>Altersvorsorgebeiträge</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Sterbeversicherung</b>	<input type="text"/> EUR	<b>Aufwendungen für Arbeitsmittel</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Beträge für Berufsverbände o.ä.</b>	<input type="text"/> EUR	<b>Aufwendungen für Fahrtkosten</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Weitere absetzbare Beträge</b> (bitte angeben)	<input type="text"/>		<input type="text"/> EUR

(maximal 150 Zeichen)

## 7. Hat die Person folgende Leistungen beantragt?

Wir müssen bei der Bearbeitung des Antrags prüfen, ob die Person ggf. Anspruch auf Leistungen hat, die gegenüber Leistungen nach dem SGB XII Vorrang haben. Es handelt sich dabei um folgende Leistungsarten:

Art der Leistung	Antragsdatum (tt.mm.jjjj)	Bei welchem Leistungsträger wurde der Antrag gestellt? (Name und Ort)
Kindergeld* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterhaltsvorschuss* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rente* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankengeld* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitslosengeld* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohngeld* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leistungen der Pflegekasse* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leistungen der Eingliederungshilfe* (z.B. beim Landeswohlfahrtsverband LWV Hessen) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige Leistungen/Ansprüche* <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## 8. Welches Vermögen hat die Person?

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

Besitzt die Person Bank- bzw. Sparguthaben\*  nein  ja, bitte angeben:

**IBAN**

**BIC**

**Bank-/ Sparguthaben**




EUR




EUR




EUR

Wenn die Person mehr als drei Konten besitzt, ergänzen Sie diese bitte in Schritt 9.

Besitzt die Person Online-Konten?\* (z.B. Klarna oder Paypal)

nein  ja, bitte angeben:

**Name des Online-Kontos**

**Vermögenswert**



EUR



EUR

Wenn die Person mehr als zwei Online-Konten besitzt, ergänzen Sie diese bitte in Schritt 9.

**Besitzt sie/er folgendes Vermögen?**

**Vermögenswert**

**Wertpapiere / Aktien\***  nein  ja

EUR

**Forderungen\***  nein  ja

EUR

**Lebensversicherung\***  nein  ja

EUR

**Hauseigentum\***  nein  ja

EUR

<b>Sonstiger Grundbesitz*</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input style="width: 100%;" type="text"/> EUR
<b>Kraftfahrzeuge*</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input style="width: 100%;" type="text"/> EUR
<b>Staatlich geförderte private Altersvorsorge*</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input style="width: 100%;" type="text"/> EUR
<b>Ansprüche aus Übertragungsverträgen*</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input style="width: 100%;" type="text"/> EUR
<b>Sonstige Forderungen oder Ansprüche an Dritte*</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input style="width: 100%;" type="text"/> EUR
<b>Sonstiges Vermögen*</b> (z.B. Bargeld)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bitte angeben:	
<b>Art des sonstigen Vermögens</b>	<b>Vermögenswert</b>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	EUR
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	EUR
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	EUR
<b>Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen?*</b>		
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)		
<b>Bitte bestätigen Sie*:</b>		
<input type="radio"/> Es ist nur das oben angegebene Vermögen vorhanden.		
<input type="radio"/> Es ist kein Vermögen vorhanden.		

## 9. Falls Sie Platz für weitere Angaben benötigen

Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

### Angaben zu weiteren Renten (ergänzend zu Schritt 5)

Art der Rente	Monatlicher Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR

### Angaben zu weiteren Konten (ergänzend zu Schritt 8)

IBAN	BIC	Bank-/ Sparguthaben
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR

### Angaben zu weiteren Online-Konten (ergänzend zu Schritt 8)

Name des Online-Kontos	Vermögenswert
<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR

**Weitere Ergänzungen** (falls Eingabefelder vom Platz nicht ausreichend)

(maximal 750 Zeichen)

### Bitte bestätigen vor dem Absenden

Ich habe die Anlage „Mitwirkungspflichten“ zur Kenntnis genommen.\*

Es besteht die freiwillige Möglichkeit, den Antrag über eine verschlüsselte https-Verbindung zu übermitteln. Mit dem Klick auf die Schaltfläche „Antrag versenden“ willigen Sie einmalig in diese Form der Datenübermittlung ein.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf dem Informationsblatt im Anhang, sowie unter [ozg-datenschutz.wiesbaden.systems](https://www.wiesbaden.de/sozialleistungen/ozg-datenschutz.wiesbaden.systems).

**Hinweis:** Die Funktionen der Schaltflächen stehen im Browser und auf mobilen Endgeräten nicht zur Verfügung. Nutzen Sie daher den kostenlosen [Acrobat Reader](#). Sollten Sie keine Möglichkeit haben, den Acrobat Reader zu verwenden, senden Sie uns das ausgefüllte Formular bitte über den [Digitalen Briefkasten](#) der Stadt Wiesbaden zu.

#### **Nicht vergessen!**

Bitte denken Sie daran, uns nach dem Absenden noch die erforderlichen Nachweise zu Ihrem Antrag zu übermitteln. Nutzen Sie dafür gerne den [Digitalen Briefkasten](#) der Stadt Wiesbaden oder lassen Sie uns die Unterlagen ganz klassisch auf dem Postweg zukommen. Unsere Adresse finden Sie auf der nachfolgenden Seite.

## **Erklärungen und Datenschutzhinweis**

### **1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben**

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich in im Haushalt aufhalten, wurden unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung - aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

### **2. Hinweis zum Datenschutz**

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

### **3. Geltendmachung von Ansprüchen**

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

Sofern für mich und/oder meine Kinder Ansprüche auf Leistungen der Lernförderung im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets grundsätzlich bestehen, beantrage ich diese gleichzeitig mit diesem Erstantrag global mit. Dies gilt im Falle der erstmaligen Bewilligung von Leistungen. Dieser Globalantrag wird hinfällig, sofern ich innerhalb des aktuellen Gewährungszeitraums keinen konkreten Bedarf geltend mache. Ich erhalte in diesem Fall keinen weiteren ablehnenden Bescheid.

### **4. Unterschriften**

Mit dem Absenden bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen. Meine Unterschrift ist hierfür nicht erforderlich.

### **5. Kontaktadresse**

Landeshauptstadt Wiesbaden  
Der Magistrat  
Sozialleistungs- und Jobcenter  
Sozialhilfe  
Konradinallee 11  
65189 Wiesbaden

### **6. Telefonische Erreichbarkeit**

0611 31-3826  
Montag bis Donnerstag: 9:00 - 12:00 Uhr und 14:00 - 15:00 Uhr  
Freitag: 9:00 - 12:00 Uhr

### **7. Unsere Servicezeiten**

Wir bitten Sie, für persönliche Vorsprachen einen Termin zu vereinbaren.

## **Anlage Mitwirkungspflicht**

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB),  
Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil  
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 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 denjenigen, 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 Antrages 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 Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

### **§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

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 Leistungsberechtigte 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 Verdienstausfalles 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.