

Antrag auf unbare Zahlung der Sozialhilfeleistung

Überweisung auf Konto des Antragstellers

Ich bitte, die mir zustehende laufende Leistung künftig auf mein nachstehend bezeichnetes Konto zu überweisen:

Name, Vorname		Geburtsdatum
Geldinstitut	BIC	IBAN

Erklärung

Ich verpflichte mich, dem Amt für Soziales der Stadtverwaltung Erfurt jede Änderung der Verhältnisse, welche die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, unverzüglich mitzuteilen und überzahlte Beträge dem Amt für Soziales der Stadtverwaltung Erfurt zurückzuzahlen.

Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge der hilfgewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter

Datum

Überweisung auf ein Konto der Pflegeeinrichtung (Zustimmung der Pflegeeinrichtung erforderlich)

Ich bitte, die mir zustehende laufende Leistung künftig an nachstehend bezeichneten Zahlungsempfänger zu überweisen:

Pflegeeinrichtung
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

(Stempel)

Unterschrift der Einrichtung

Datum

Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter

Datum

Status- und Funktionsbezeichnungen in diesem Vordruck gelten für alle Geschlechter.

Sie erreichen uns:

Tel. 0361 655-6301
Fax 0361 655-6309

Hausanschrift:

Juri-Gagarin-Ring 150, 99084 Erfurt
Stadtbahn 1, 5

Sprechzeiten:

Mo., Di., Do., Fr. 09:00 – 11:30 Uhr
Di. 13:30 – 17:30 Uhr
oder nach Terminvereinbarung

Online:

E-Mail: teilhabe-beratung.soziales@erfurt.de
Internet: www.erfurt.de

Überweisung auf ein Fremdkonto

Ich bitte, die mir zustehende laufende Leistung künftig auf das nachstehend bezeichnete Fremdkonto (z. B. eines Familienangehörigen oder eines Betreuers) zu überweisen:

Name, Vorname		Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
Geldinstitut	BIC	IBAN

Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter

Datum

Erklärung des Fremdkontoinhabers

Ich verpflichtete mich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung der Sozialhilfeleistung an den Antragsteller

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

entgegenstehen (z. B. Ableben, Aufenthaltswechsel) unverzüglich dem Amt für Soziales der Stadtverwaltung Erfurt mitzuteilen.

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge dem Amt für Soziales der Stadtverwaltung Erfurt zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge dem Amt für Soziales der Stadtverwaltung Erfurt zurückzuzahlen.

Unterschrift des Fremdkontoinhabers

Datum