

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Aktenzeichen	

Wie bereits mitgeteilt, bestehen die möglichen Leistungen der Existenzsicherung in Form von Grundsicherung oder der Hilfe zum Lebensunterhalt aus dem Regelbedarf, den Kosten der Wohnraumüberlassung und ggf. einem Mehrbedarfzuschlag (z. B. bei Vorliegen Merkzeichen G). Darin enthalten ist auch der Anteil aus dem Regelsatz der Ihnen als Barmittel verbleibt (§ 119 Abs. 2 Satz 2 SGB IX), früher Barbetrag, Bekleidungs-pauschale.

Soweit Sie Anspruch auf diese Leistungen haben, haben Sie (mit Ausnahme des Mehrbedarfzuschlags) die Möglichkeit, uns eine Vollmacht zur Direktüberweisung an den Träger der Einrichtung zu erteilen. Umfasst der Sozialhilfeanspruch einzelne Leistungen/Kosten nicht in vollem Umfang, sollte die Überweisung des Gesamtbetrags der einzelnen Leistung/Kosten durch Sie insgesamt erfolgen.

Wenn Sie eine direkte Überweisung der Kosten der Wohnraumüberlassung durch uns wünschen, senden Sie uns bitte die Vollmacht 1.

Wenn Sie eine direkte Überweisung der Kosten Ihres Anteils an den Kosten des Lebensunterhalts in der Einrichtung durch uns wünschen, senden Sie uns bitte die Vollmacht 2.

Wenn die Einrichtung weiterhin die Barmittel (bisherigen Barbetrag und Bekleidungs-pauschale) verwalten soll, senden Sie uns bitte die Vollmacht 3.

Die jeweilige Vollmacht senden Sie bitte vollständig ausgefüllt an die genannte Adresse zurück.

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken  
Sozialverwaltung  
Service / BTHG 2020  
Postfach 10 11 52  
95411 Bayreuth

## **Vollmacht 1: Vollmacht zur Direktüberweisung der Kosten der Unterkunft und Heizung**

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Aktenzeichen	

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Bezirk Oberfranken die mir zustehenden **Sozialhilfeleistungen für Aufwendungen für Unterkunft und Heizung** direkt an

Leistungserbringer	
--------------------	--

überweist. Sollte mein Anspruch auf die entsprechenden Sozialhilfeleistungen niedriger sein als die geschuldeten Kosten für die Wohnraumüberlassung, werde ich den Teil der oben genannten Kosten, der nicht durch die Sozialhilfe gedeckt wird, selbst an den vorgenannten Leistungserbringer bezahlen.

ja      nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsberechtigter  
bzw. gesetzlicher Betreuer

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken  
Sozialverwaltung  
Service / BTHG 2020  
Postfach 10 11 52  
95411 Bayreuth

## **Vollmacht 2: Vollmacht zur Direktüberweisung des Entgelts für die Lebensunterhaltsleistungen**

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Aktenzeichen	

Ich bin damit einverstanden, dass ein Betrag in Höhe von derzeit 240,52 € [Regelbedarfsstufe 2 in Höhe von derzeit 382,00 € abzüglich bisheriger Barbetrag in Höhe von derzeit 114,48 € und Bekleidungspauschale in der Ihnen zustehenden Höhe\*] zur Deckung der durch

Leistungserbringer	
--------------------	--

erbrachten Lebensunterhaltsleistungen unmittelbar und mit befreiender Wirkung durch den Bezirk Oberfranken an den Leistungserbringer überwiesen wird.

\* in oberfränkischen Einrichtungen derzeit 22,00 €, ab 01.07.2019 27,00 €

ja      nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsberechtigter  
bzw. gesetzlicher Betreuer

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken  
Sozialverwaltung  
Service / BTHG 2020  
Postfach 10 11 52  
95411 Bayreuth

### **Vollmacht 3: Vollmacht zur Direktüberweisung des Barbetrags und der Bekleidungs pauschale**

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Aktenzeichen	

Ich bin damit einverstanden, dass der mir zustehende **Betrag nach § 119 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (früherer Barbetrag und Bekleidungs pauschale)** unmittelbar und mit befreiender Wirkung durch den Bezirk Oberfranken an

Leistungserbringer	
--------------------	--

überwiesen und von diesem weiterhin treuhänderisch verwaltet wird.

ja      nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsberechtigter  
bzw. gesetzlicher Betreuer