

Zutreffendes bitte ankreuzen

Kreis Rendsburg-Eckernförde Der Landrat Eingliederungshilfen Kaiserstraße 8 24768 Rendsburg	Sachbearbeitung		ausgegeben am:	
	Aktenzeichen:		Eingangsstempel:	

Antrag auf

- Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**
- Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)**
- Kriegsopferfürsorgeleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

Bitte beantworten Sie alle Fragen, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können. Am Ende des Antrages steht, warum wir nach Ihren Daten fragen dürfen.

Bitte kreuzen Sie die passenden Kästchen an und füllen Sie die Felder aus. Wenn Sie mehr Platz benötigen, legen Sie bitte ein weiteres Blatt bei.

1. Angaben über die Person, die den Antrag stellt		
	Sie selbst	(Ehe)Partner*in Lebensgefährt*in bei minderjährigen Hilfesuchen- den Angaben über die Eltern
Anrede (Herr/Frau oder selbstgewählte)		
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
Vornamen		
Geburtsdatum (wann sind Sie geboren?)		
Geburtsort (wo sind Sie geboren?)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit
Staatsangehörigkeit: (von welchem Land haben Sie einen Pass? Bitte vorlegen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Hinweis: Wenn Sie hier eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit an- gegeben haben, bitte Anlage für Nicht-Deutsche Antragstellende ausfüllen.	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Hinweis: Wenn Sie hier eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit an- gegeben haben, bitte Anlage für Nicht-Deutsche Antragstellende ausfüllen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Sie selbst	(Ehe)Partner*in Lebensgefährt*in bei minderjährigen Hilfesuchen- den Angaben über die Eltern
Werden Sie gesetzlich betreut oder Ist jemand über Sie bevollmäch- tigt oder sind Sie unter Vormund- schaft/Pflegschaft? (bitte Kopien von Bestellsur- kunde oder Vollmacht beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name: Anschrift: Telefon:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name: Anschrift: Telefon:
Anschrift (wo wohnen Sie?)	Straße: PLZ Ort: bei wem: Telefon:	Straße: PLZ Ort: bei wem: Telefon:
Wenn Sie in einer besonderen Wohnform (früher: stationäre Einrichtung) oder in einer stationären Pflegeein- richtung leben: Wo haben Sie vor dem Umzug in die Einrichtung gewohnt? Straße, Ort:		
Wovon haben Sie bisher gelebt? Haben Sie oder Ihr*e (Ehe)Partner*in bereits Sozialhilfe erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von welchem Amt:		
Haben Sie oder Ihr*e (Ehe)Partner*in andere Leistungen (z. B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Rente, Pflegegeld) beantragt oder die Absicht, einen Antrag zu stellen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Leistungsart: beantragt am: bei welchem Amt:		

2. Mehrbedarfe (soweit welche in Betracht kommen)		
	Sie selbst	(Ehe)Partner*in Lebensgefährt*in bei minderjährigen Hilfesuchen- den Angaben über die Eltern (Nicht zu beantworten, wenn nur Eingliederungshilfe beantragt wird.)
Haben Sie einen Schwerbehin- dertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen (z.B. G, aG): bitte Schwerbehindertenausweis vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen (z.B. G, aG): bitte Schwerbehindertenausweis vorlegen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Brauchen Sie Pflege?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MdK) vorlegen <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes (MdK) vorlegen <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Mutterpass vorlegen voraussichtlicher Geburtstermin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Mutterpass vorlegen voraussichtlicher Geburtstermin:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Benötigen Sie aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte ärztliche Bescheinigung vorlegen
Nehmen Sie an einem gemeinsamen Mittagsessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen teil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte Erklärung zur Anzahl beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte Erklärung zur Anzahl beifügen

3. Angaben über Familie		
Leben noch weitere Familienangehörige (Kinder, Eltern, Geschwister) in oder außerhalb Ihres Haushaltes?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wenn ja, nennen Sie bitte diese Personen:		
	1.Elternteil	2.Elternteil
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Anschrift (Straße und PLZ Wohnort)		
Beruf		
Erzielt die Person Einkommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was und wieviel?		
	Kind	Kind
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienstand		
Anschrift (Straße und PLZ Wohnort)		
Beruf		
Erzielt die Person Einkommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was und wieviel?		

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner*innen oder Partner*innen einer aufgehobenen Lebensgemeinschaft?

nein
 ja
 wenn ja

auf Unterhalt wurde verzichtet
 Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht
 Unterhalt bereits tituliert (bitte Nachweis vorlegen)
 Unterhalt wird gezahlt (bitte Nachweis vorlegen)

4. Kranken-/Pflegeversicherung	
Sie selbst	(Ehe)Partner*in (soweit für die Familienversicherung von Bedeutung) – nur auszufüllen, wenn Sie Leistungen zum Lebensunterhalt beantragen
Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse:	Name und Anschrift der Krankenkasse:
Versicherungsnummer:	Versicherungsnummer:

Sie selbst	(Ehe)Partner*in (soweit für die Familienversicherung von Bedeutung)
Ich bin <input type="checkbox"/> pflichtversichert / familienversichert <input type="checkbox"/> als Rentner*in versichert / privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert / nicht versichert	Ich bin <input type="checkbox"/> pflichtversichert / familienversichert <input type="checkbox"/> als Rentner*in versichert / privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert / nicht versichert
Gibt es ein Gutachten des Rententrägers, das sagt, dass Sie nicht mehr arbeiten können? Liegt eine dauerhafte volle Erwerbsminderung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweis vorlegen	

Zutreffendes bitte ankreuzen

5. Wohnverhältnisse (Bitte Nachweise – Mietvertrag, Wohn- und Betreuungsvertrag usw. - beifügen)

Wo wohnen Sie?

- in einer besonderen Wohnform (früher: stationäre Einrichtung)
 Pflegeheim
 Mietwohnung/ eigenes Haus/Wohnung
 zur Untermiete

Wie groß ist die Wohnung? qm Anzahl der Räume?

Bekommen Sie Wohngeld/Lastenzuschuss?

- nein
 ja, bitte Bewilligungsbescheid vorlegen

Wie viel zahlen Sie für Ihre Wohnung?

Kaltmiete: €

(ohne Heizkosten, Betriebskosten, Untermietzuschläge, Vergütungen für Möblierung, Kühlschrank- oder Waschmaschinenüberlassung, Garagenmiete, Stellplätze, Hausgärten u. a.)

Betriebskosten: €

(z. B. Grundsteuer, Abfallgebühren, Wasser- und Abwasser, Wohngebäudeversicherung, Gartenpflege etc.)

Heizkosten: €

Ich heize mit Gas Strom Heizöl Holz Fernwärme Sonstiges:

Mein Warmwasser bekomme ich

- zentral (z.B. durch zentrale Heizungsanlage) dezentral (z.B. durch Boiler/Durchlauferhitzer)

Die Angaben sind nur erforderlich, wenn die Miete direkt an den Vermietenden gezahlt werden soll:

Name des Vermietenden:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Folgende Angaben sind **nur bei einem eigenen Haus/Wohnung** zu machen:

Was zahlen Sie für Ihr eigenes Haus? **Bitte legen Sie aktuelle Nachweise vor.**

- Zinsen Grundsteuer Wasser Gebäudeversicherung
 Abfall Straßenreinigung Abwasser Heizungswartung

Wie hoch ist der Einheitswert?

6. Einkommen (Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte bitte beifügen)

(z. B. Einkommensteuerbescheid, Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheide über Sozialleistungen etc.)

Bitte füllen Sie die entsprechende Anlage Einkommen aus!

Zutreffendes bitte ankreuzen

7. Vermögenserklärung (bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen)

Vermögen ist die Gesamtheit der in Geld messbaren Güter einer Person zum Zeitpunkt der Antragstellung.
(bitte Nachweise beifügen!)

Art des Vermögens (bitte Unterlagen beifügen)	Sie selbst	(Ehe)Partner*in (nur auszufüllen, wenn Sozialhilfe beantragt wird)
Bargeld	€	€
Bank-/Girokonto	Bank: IBAN: BIC: Kontostand:	Bank: IBAN: BIC: Kontostand:
Sparguthaben	Bank: IBAN: BIC: Kontostand:	Bank: IBAN: BIC: Kontostand:
Sparverträge	bei:	bei:
Bausparverträge (Rückkaufwert) Abgetreten:	bei: an wen?	bei: an wen?
Aktien/Pfandbriefe/ sonst. Wert- papiere	Art:	Art:
Lebens-/ Sterbegeldversiche- rungen (Rückkaufwert)	bei: über:	bei: über:
Sachwerte (Auto, Schmuck, Gemälde usw.)	Art: Wert:	Art: Wert:
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art	Art: Einheitswert: Verkaufswert:	Art: Einheitswert: Verkaufswert:
Hypotheken/Darlehen, sonst. Forderungen	Art: Schuldner: Höhe:	Art: Schuldner: Höhe:
Sonst. Ansprüche (z.B. aus Kauf-/Überlassungs- oder Altenteilverträgen)	Art: Schuldner: Höhe:	Art: Schuldner: Höhe:
Ich habe keine der oben ge- nannten Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein

ja, ggf. Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben:

Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag vor.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die vorstehenden Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen werden zur Feststellung des Bedarfs benötigt. Das Amt muss herausfinden, ob es Sie unterstützen muss. Hierbei müssen Sie nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) helfen und alle Tatsachen angeben, die für die Leistung wichtig sind, sowie auf Aufforderung des zuständigen Leistungsträgers Nachweise vorlegen.

Mitwirkungspflicht

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte, z. B. Krankenkasse, ärztliches Fachpersonal, Arbeitgeber*innen usw. zuzustimmen habe (§ 60 SGB I).

Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede vorübergehende Abwesenheit von länger als 21 Tagen (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe und ich bei nicht rechtzeitiger Mitteilung überzahlte Sozialhilfe zurückzahlen muss.

Datenschutz

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB IX und XII erhoben. Die Informationen über die Erhebung von Daten sind diesem Antrag beigelegt.

Überleitung von Ansprüchen

Der Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII bzw. § 134 SGB XI für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang des Anspruchs darf allerdings nur insoweit bewirkt werden, als bei rechtzeitiger Leistung der Schuldnerin/des Schuldners die Hilfe nicht gewährt worden wäre. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann.

Etwas bestehende Unterhaltsansprüche gegen Eltern und/oder Kinder gehen aber gemäß § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

Wahrheit der Angaben

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag und den Anlagen wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögenswerte, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.

Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Ort

Datum

(Unterschrift antragstellende oder betreuende Person)

(Unterschrift aufnehmende Person)

Anlage 1

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____(Name der antragstellenden Person), entbinde

- den amtsärztlichen Dienst
- die Pflegekasse
Versicherungsnummer _____
- die Krankenversicherung
Versicherungsnummer _____
- das Jugendamt
Aktenzeichen _____
- den Sozialpsychiatrischen Dienst
- ärztliches Fachpersonal
(bspw. Hausärztin/Hausarzt)
Anschrift _____
- das Krankenhaus:
Anschrift _____
- den von mir kontaktierten Anbietenden
Anschrift _____
- das Jobcenter
Aktenzeichen _____
- die Bundesagentur für Arbeit
Aktenzeichen _____
- das Sozialamt
Aktenzeichen _____
- das Landesamt für Soziale Dienste
Aktenzeichen _____
- den Träger der Eingliederungshilfe
Aktenzeichen _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

dem Kreis Rendsburg-Eckernförde gegenüber von der Schweigepflicht. Dies betrifft Fragen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe und der Sozialhilfe / Kriegsopferfürsorge entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass über mich vorhandene

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle
- Gutachten
- Dokumentationen
- Bescheide
- Einkommensnachweise

dem Kreis Rendsburg-Eckernförde im Rahmen des Antrages auf Eingliederungshilfe/Sozialhilfe zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Ort

Datum

(Unterschrift antragstellende oder betreuende Person)

(Unterschrift aufnehmende Person)

Anlage 2

Erklärung über die Befreiung vom Bankgeheimnis/Kontenabrufverfahren

Von der antragstellenden Person ist für jedes Institut (Bank/Sparkasse/Versicherung/usw.) eine Befreiungserklärung abzugeben.

Name, Vorname der antragstellenden Person: _____

geboren am _____

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort): _____

Als berechtigte Person gibt die Erklärung ab: _____

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB) über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben machen muss. Von den im Antragsformular (Seite 6) abgedruckten Hinweisen zu den

§§ 60 und 66 SGB I (Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung) sowie zum § 263 Strafgesetzbuch (Betrug) auf Seite 7 des Antrages (Betrug) habe ich Kenntnis genommen. Mir ist bewusst, dass unrichtige bzw. unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges nach sich ziehen können.

Art des Kontos	IBAN	aktueller Betrag
		€
		€
		€
		€
		€

Sonstiges Vermögen: _____

Bezeichnung und Anschrift des Instituts, bei denen das Konto/die Konten/Verträge geführt werden:

Ich ermächtige und beauftrage hiermit das angegebene Institut unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Bankgeheimnis/Schweigepflicht) dem Kreis Rendsburg-Eckernförde, Der Landrat, Kaiserstraße 8, 24768 Rendsburg, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes dort geführte Konto für die letzten 10 Jahre zu erteilen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auf jedes weitere Institut, welches im Rahmen der Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern dem Sozialhilfeträger bekannt wird und von mir/uns im Antrag nicht angegeben worden ist. Mir ist bewusst, dass eventuelle Bankgebühren zu meinen Lasten gehen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mir ist ausdrücklich bekannt, dass die im Rahmen dieses Antrages gemachten Angaben zu meinem Vermögen/ unserem gemeinsamen Vermögen (Ehegatten/eheähnlichen Partner/ Lebenspartner gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII i. V. m. § 20 SGB XII) beim Bundeszentralamt für Steuern überprüft werden können.

Ort

Datum

(Unterschrift Kontoinhaber*in)

(Unterschrift als betreuende/bevollmächtigte Person) (mit Urkunde bzw. Vollmacht)

Anlage 3

Information über die Erhebung von Daten

(Art. 12 ff. EU-Datenschutz-Grundverordnung)

Wir verarbeiten Ihre notwendigen personenbezogenen Daten zur Erfüllung unserer Aufgaben stets im Einklang mit den jeweils anwendbaren gesetzlichen Datenschutzanforderungen zu den nachfolgend aufgeführten Zwecken.

Personenbezogene Daten sind sämtliche Informationen, die einen Bezug zu einer Person aufweisen.

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Dr. Jonathan Fahlbusch

info@kreis-rd.de

Tel.: 04331 202-0

2. Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

Behördlicher Datenschutzbeauftragter

Christian Kock

datenschutz@kreis-rd.de

Tel.: 04331 202-174

3. Betroffenen-Rechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht bei der Schleswig-Holsteinischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

4. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Ihnen steht das Recht zu, sich für eine Beschwerde an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD)

Holstenstr. 98, 21403 Kiel

Tel.: 0431 988-1200

Fax: 0431 988-1223

mail@datenschutzzentrum.de

<https://www.datenschutzzentrum.de/>

5. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Kreisverwaltung Rendsburg-Eckernförde durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

(Diese Information ist nur zu erteilen, wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung der betroffenen Person beruht (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a oder Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO)).

Zutreffendes bitte ankreuzen

6. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Anträge auf Sozialhilfe/Eingliederungshilfe

7. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

- a) Ihre Daten werden zu folgendem Zweck erhoben:
Antragsbearbeitung und Bedarfsermittlung
- b) Ihre Daten wurden aufgrund folgender Rechtsgrundlage erhoben:
§ 67 a SGB X in Verbindung mit § 35 SGB I, Artikel 6 Abs. 1 c DSGVO
- c) Ihre Pflicht zur Bereitstellung der Daten:
Ja
- d) Folgen, wenn Sie die Daten nicht angeben: Bearbeitung des
Antrages nicht möglich (Ablehnung)

8. Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an:

Innerhalb der Kreisverwaltung werden Ihre Daten nur an diejenigen Stellen weitergegeben, für deren Aufgabenerfüllung die Kenntnis erforderlich ist, z.B. Gesundheitsamt.

Gem. § 118 Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) können Ihre Daten zur Vermeidung oder Aufdeckung rechtswidriger Inanspruchnahme von Sozialleistungen einem automatisierten Datenabgleich mit der Bundesagentur für Arbeit, den Rentenversicherungsträgern, dem Bundeszentralamt für Steuern und anderen Trägern der Sozialhilfe unterzogen werden.

Des Weiteren können Ihre Sozialdaten

- für die Durchführung eines mit der Verarbeitungstätigkeit zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens (§ 69 Abs. 1 Nr. 2 SGB X)
- auf Ersuchen von Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften, Gerichte und der Behörden der Gefahrenabwehr an diese zur Erfüllung Ihrer Aufgaben (§ 68 SGB X)
- auf Anordnung durch einen Richter für die Durchführung eines Strafverfahrens (§ 73 SGB X)
- bei Verletzung der Unterhaltspflicht und beim Versorgungsausgleich (§ 74 SGB X) an Gerichte übermittelt werden.

9. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

10 Jahre

10. Sonderfälle und weitere Angaben:

Keine

Zutreffendes bitte ankreuzen

Anlage 4

Einkommen bei Beantragung von Sozialhilfe / Kriegsopterfürsorge (Nachweise über Art und Höhe der aktuellen Einkünfte bitte beifügen, z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheide über Sozialleistungen etc.)	
Anrede (Herr/Frau oder selbstgewählte)	
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	
Vornamen	

Von wem kommt das Geld?	Sie selbst	(Ehe)Partner/in
nichtselbständige Arbeit (z.B. Verdienst aus einem Angestelltenverhältnis, Ausbildung oder einer Werkstatt für behinderte Menschen)	€	€
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld, Pflegegeld, Mutterschaftsgeld)	€	€
Einnahmen aus Gewerbe (Haben Sie einen eigenen Laden oder arbeiten selbständig im Handwerk oder der Land- und Forstwirtschaft?)	€	€
Arbeitslosengeld	€	€
Arbeitslosengeld II (Hartz 4)	€	€
Grundsicherung/Sozialhilfe	€	€
Unterhaltsgeld (wird bei Umschulung oder beruflicher Weiterbildung gezahlt)	€	€
Kindergeld Kindergeld-Nr.:	€	€
Renten/Pensionen (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Werksrente, sonstige Renten)	€	€
Unterhalt (z.B. Ehegattenunterhalt, Kindesunterhalt)	€	€
BAföG-Leistungen	€	€
Pachteinnahmen	€	€
Miet-/Untermieteinnahmen	€	€
Einkünfte aus Vermögen	€	€
Sonstige Einkünfte, z.B. aus Altenteilüberlassungsverträgen, Leibrenten	€	€

Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zur Bereinigung des Einkommens - nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist (Bitte Nachweise beifügen)		
	Sie selbst	(Ehe)Partner*in
Sind absetzbare Beträge vorhanden? Wenn ja, bitte ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Aufwendungen für Arbeitsmittel	€	€
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte Art des Beförderungsmittels	€	€
Einfache Fahrstrecke	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden	€	€
Hausratversicherung	€	€
Haftpflichtversicherung	€	€
Lebensversicherung	€	€
Private Altersvorsorge	€	€
Sonstige Versicherungen: Art:	€	€
Besondere Belastungen z.B. Krankheit, Behinderung, Schulden		

Anlage 5

Einkommen bei Beantragung von Eingliederungshilfe	
Maßgeblich ist die Summe der Einkünfte des Vorvorjahres nach § 2 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes sowie bei Renteneinkünften die Bruttorente des Vorvorjahres	
(Nachweise über Art und Höhe der aktuellen Einkünfte bitte beifügen, z. B. Steuerbescheid, Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung, Bescheide über Sozialleistungen etc.)	
Anrede (Herr/Frau oder selbstgewählte)	
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	
Vornamen	
Von wem kommt das Geld?	
nichtselbständige Arbeit (z.B. Verdienst aus einem Angestelltenverhältnis, Ausbildung oder einer Werkstatt für behinderte Menschen)	€
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld, Pflegegeld, Mutterschaftsgeld)	€
Einnahmen aus Gewerbe (Haben Sie einen eigenen Laden oder arbeiten selbständig im Handwerk oder der Land- und Forstwirtschaft?)	€
Arbeitslosengeld	€
Arbeitslosengeld II (Hartz 4)	€
Grundsicherung/Sozialhilfe	€
Unterhaltsgeld (wird bei Umschulung oder beruflicher Weiterbildung gezahlt)	€
Kindergeld Kindergeld-Nr:	€
Renten/Pensionen (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, landwirtschaftl. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Werksrente, sonstige Renten)	€
Unterhalt (z.B. Ehegattenunterhalt, Kindesunterhalt)	€
BAföG-Leistungen	€
Pachteinnahmen	€
Miet-/Untermieteinnahmen	€
Einkünfte aus Vermögen	€
Sonstige Einkünfte, z.B. aus Altenteilüberlassungsverträgen, Leibrenten	€

Zutreffendes bitte ankreuzen

Eingliederungshilfe Angaben zur Bereinigung des Einkommens - nur auszufüllen, wenn Einkommen vorhanden ist (Bitte Nachweise beifügen)	
Sind absetzbare Beträge vorhanden? Wenn ja, bitte ausfüllen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aufwendungen für Arbeitsmittel	€
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte Art des Beförderungsmittels	€
Einfache Fahrstrecke	km
Beiträge zu Berufsverbänden	€
Hausratversicherung	€
Haftpflichtversicherung	€
Lebensversicherung	€
Private Altersvorsorge	€
Sonstige Versicherungen: Art:	
Besondere Belastungen z.B. Krankheit, Behinderung, Schulden	

Anlage 6

Angaben für Nicht-Deutsche Antragstellende zu Aufenthaltsverhältnissen und Grenzübertritten		
Anrede (Herr/Frau oder selbstgewählte)		
Familiename (ggf. Geburtsname angeben)		
Vornamen		
Wann, woher und aus welchem Grund ist der Antragsteller hier zugezogen?		
Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich
Aufenthalt des Antragstellers in Deutschland im letzten Jahr vor Antragstellung		
Vom	Bis	Ort, Straße und Hausnummer, Land
Bei Einrichtungsunterbringung und -entlassung (§§ 106 ff. SGB XII) in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme		
a) bei Aufnahme in eine Einrichtung: Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten davor		
Durch wen oder auf wessen Veranlassung erfolgte die Aufnahme?		
b) bei Übertritt von einer Einrichtung in die andere: Wann und wo erfolgte der Eintritt in eine Einrichtung?		
Wer waren bisher Kostentragende?		
Bezeichnung und Ort der Einrichtung:		
c) bei Entlassung aus einer Einrichtung: Wo und wann waren Sie zuletzt in einer Einrichtung?		
Bei Kindern, die in Einrichtungen geboren wurden: Name und Anschrift der Einrichtung:		
Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Einrichtung		
Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus der Einrichtung aufgehalten? (genaue Adresse und Zeiten)		

Zutreffendes bitte ankreuzen

Grenzübertritt aus dem Ausland	
Tag und Ort des letzten Grenzübertritts nach Deutschland:	
Letzte Adresse im Ausland:	

Dauer des letzten Auslandsaufenthaltes: von/bis	
Krankenversicherungsschutz im Ausland: (Name und Anschrift der Krankenkasse)	
Grund des Auslandsaufenthaltes: (Sollte der Grund eine Erwerbstätigkeit sein, bitte zusätzlich Art, Dauer und Arbeitgeber angeben.)	

Bestanden darüber hinaus weitere Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Bei ja bitte vollständig angeben und erläutern, ggf. auf einem Beiblatt

Name	Dauer des Aufenthalts: von/bis	Adresse, Land	Erwerbstätigkeit als/bei	Dauer der Erwerbstätigkeit: von/bis