

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

## nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch (SGB) XII

für:

Name(n) der Person(en), die Sozialhilfe beantragt/beantragen

wird folgende Leistung beantragt:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) innerhalb von Einrichtungen
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) innerhalb von Einrichtungen
- Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel)
- Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen (7. Kapitel SGB XII) (beinhaltet eine Prüfung auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und eine Prüfung auf Hilfen zum Lebensunterhalt)
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (8. Kapitel SGB XII) (nur ambulante Leistungen ohne betreutes Wohnen nach § 67 SGB XII)
- Hilfe in anderen Lebenslagen (9. Kapitel SGB XII) (für Hilfen nach § 74 SGB XII (Bestattungskosten) bitte eigenes Antragsformular verwenden)

Ausgabedatum:

ausgegeben von:

**Hinweis:** Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Nachweise benötigt. Der Antrag ist daher sorgfältig auszufüllen; die Richtigkeit der gemachten Angaben ist durch Unterschrift auf der letzten Seite des Antrages zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67 a Absatz 2 Satz 1 SGB X – die weitere Datenverarbeitung nach § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Mitwirkungsverpflichtungen ergeben sich aus §§ 60 ff. SGB I. Ihre Angaben werden teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern, gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

① Persönliche Verhältnisse	Nachfragende Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung		Ehegatte/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	
Name (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> ledig	
	<input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden (Kopie Scheidungsurteil beifügen) <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____		<input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden (Kopie Scheidungsurteil beifügen) <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	
Staatsangehörigkeit ggf. <u>aufenthaltsrechtlicher Status</u> ggf. Jahr des Zuzugs nach Deutschland				
Vertriebenenausweis (§§ 1 bis 3 BVFG), Spätaussiedler (§ 4 BVFG)				
Wohnanschrift: Straße, Hausnr.  PLZ, Ort				
Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anbieter Betreutes Wohnen:				
Ausweispapiere	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.		<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	
Ausstellungstag- und -behörde				
Erwerbsminderung/Arbeitsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit ggf. Grund hierfür	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis (Kopie beifügen)	ausgestellt am: _____	Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ausgestellt am: _____	Merkzeichen G <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	gültig bis: _____		gültig bis: _____	
Schulabschluss				
erlernter Beruf				
derzeit/zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
derzeitiger/letzter Arbeitgeber				
Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung (Nachweise sind beizufügen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	→ <input type="checkbox"/>	Werkstatt für behinderte Menschen nach § 56 SGB IX	→ <input type="checkbox"/>	Werkstatt für behinderte Menschen nach § 56 SGB IX
	→ <input type="checkbox"/>	andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX	→ <input type="checkbox"/>	andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX
	→ <input type="checkbox"/>	im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote	→ <input type="checkbox"/>	im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote
Arbeitstage: _____ / Wochenarbeitszeit: _____		Arbeitstage: _____ / Wochenarbeitszeit: _____		
Name Anbieter der Maßnahme				

② weitere Personen	Personen, die auch in der Haushaltsgemeinschaft leben (weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!)			
	1	2	3	4
Name (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum nachfragenden Person/Antragsteller(in)				
Beruf				
Arbeitgeber				

Falls eine der unter ① oder ② genannten Personen ein nichteheliches Kind ist, sind folgende Angaben zu machen: (weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen!)				
Name der Person / des Kindes				
Name des / der Unterhaltspflichtigen				
Vorname des / der Unterhaltspflichtigen				
Wohnanschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort				
Name des Vormunds / Pflegers				
Vorname Vormunds / Pflegers				
Anschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort				
festgestellter monatl. Unterhaltsbetrag				
Höhe der tatsächlichen Zahlungen				
Datum, Aktenzeichen des Urteils, oder Beschlusses				
ausgefertigt durch				

③ Einkommensverhältnisse	(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)					
Art des Einkommens monatlich in EURO	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebens- partner/Partner eheähnliche Gemeinschaft	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 1	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 2	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 3	sonstige(r) Haushaltsan- gehörige(r) 4
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen - nichtselbstständige Tätigkeit						
Einkommen - selbstständige Tätigkeit						
Einkommen - Vermietung, Verpachtung						
Leistungen der Krankenkasse						
Leistungen Agentur für Arbeit						
Rente/Pension						
Rente/Pension						
Ausländische Rente						
Ausländische Rente						
Leistungen Bundesversorgungsgesetz						
Lastenausgleich						
Kindergeld, Erziehungsgeld						
Ausbildungsförderung						
Unterhalt						
Wohngeld/Lastenzuschuss						
sonstige Einkünfte:						
sonstige Einkünfte:						
sonstige Einkünfte:						
sonstige Einkünfte:						

④ vom Einkommen abzusetzende Beträge	(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)					
	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/Partnereheähnliche Gemeinschaft	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 1	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 2	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 3	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 4
<b>keine</b> absetzbare Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entrichtete Steuern auf Einkommen						
Kranken-, Pflegeversicherung						
Arbeitslosenversicherung						
Rentenversicherung						
Altersvorsorgebeiträge						
sonstige Vers.:						
sonstige Vers.:						
sonstige Vers.:						
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
Benutztes Verkehrsmittel						
Entfernung Wohnung / Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
weitere Werbungskosten						
Sonstiges:						
Sonstiges:						

⑤ Vermögensverhältnisse	(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)					
	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/Partnereheähnliche Gemeinschaft	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 1	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 2	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 3	sonstige(r) Haushaltsangehörige(r) 4
Art des Vermögens in EURO						
<b>kein</b> Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bargeld						
Bank- / Sparguthaben						
Bank- / Sparguthaben						
Wertpapiere, Depotwerte						
Lebensversicherung(en)						
Rückkaufswert(e)						
Hauseigentum						
sonstiger Grundbesitz						
Kraftfahrzeug(e): Marke, Typ, Kennzeichen, Erstzulassung						
Ansprüche aus Übergabeverträgen Art: (Nießbrauch, Wohnrecht, etc.)						
Wert:						
staatl. geförderte private Altersvorsorge						
Bestattungsvorsorgevertrag						
sonstiges Vermögen:						
sonstiges Vermögen:						
sonstiges Vermögen:						

Ⓢ Kosten der Unterkunft (monatlich)		(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)			Seite 4
a) Miete	Zahl der Personen in der Wohnung		Jahr der Bezugsfertigkeit		
	Wohnfläche	m <sup>2</sup>	davon untervermietet		m <sup>2</sup>
	Gesamtkosten der Unterkunft	€	Einnahmen aus Untervermietung		€
	davon: Kaltmiete	€			
	Nebenkosten	€			
	Heizungskosten	€			
	Kosten für Kochfeuerung enthalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Kosten für Warmwasseraufbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Kosten für Strom	€			
b) besondere Wohnform	Zimmer zur privaten Nutzung	m <sup>2</sup>			
	alleinige Nutzung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Dreibettzimmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Bewohnerzahl der besonderen Wohnform insgesamt				
	Nettokosten der Unterkunft	€			
	Heizkosten	€			
	Betriebskosten	€			
	Gesamtkosten der Unterkunft	€			
	In den Betriebskosten enthaltende Zuschläge nach § 42 a Absatz 5 Nummer 1- 4 SGB XII:				
	Möblierung	€			
	Haushaltsstrom	€			
	Telekommunikation, sowie Zugang zu Rundfunk	€			
	Fernsehen und Internet	€			
	ggfls. Wohnnebenkosten (Nachweis beifügen!)	€			
c) Haus-/Wohnungseigentum	bei Hauseigentum: Zahl der Wohnungen		Einnahmen aus Vermietung		€
	Wohnfläche selbstgenutzter Wohnraum	m <sup>2</sup>			
	dauernde Lasten (z.B. Erbpachtzins)	€			
	Grundsteuer	€			
	öffentliche Abgaben (z.B. Müllabfuhr, o. ä.)	€			
	Kosten für Wasser	€			
	Kosten für Strom	€			
	Kosten für Schornsteinfeger	€			
	Haftpflichtversicherung für Grundbesitz	€			
	Feuerversicherung	€			
	sonstige Kosten:	€			
	sonstige Kosten:	€			
	sonstige Kosten:	€			
	Schuldverpflichtungen:	Zinsen: €	Tilgung: €	Gläubiger:	
	Schuldverpflichtungen:	Zinsen: €	Tilgung: €	Gläubiger:	
	Schuldverpflichtungen:	Zinsen: €	Tilgung: €	Gläubiger:	
	Schuldverpflichtungen:	Zinsen: €	Tilgung: €	Gläubiger:	

⑦ mögliche Ansprüche gegen Dritte	
<b>a) Vermögensübertragung</b>	<p>Wurde Vermögen vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja (siehe beigefügte Urkunde / Vertrag)</p> <p>Bemerkungen: _____</p>
<b>b) Versicherungsansprüche</b>	<p>Besteht eine Mitgliedschaft in einer <b>Krankenversicherung/Pflegeversicherung</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span></p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert      <input type="checkbox"/> Rentner/in      <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in</p> <p><input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied      <input type="checkbox"/> privat versichert      <input type="checkbox"/> nach § 264 SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> familienversichert bei: _____</p> <p>Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p> <p><b>Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid über die Festsetzung der Pflegestufe beifügen!</b></p> <hr/> <p>Bestehen Ansprüche gegen einen <b>Rentenversicherungsträger</b> (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Rentenversicherungsnummer</span></p> <p><input type="checkbox"/> Antrag gestellt am: _____</p> <hr/> <p>Besteht eine <b>Sterbegeldversicherung</b> (auch Nachweis über Rückkaufswert beifügen)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span></p> <hr/> <p>Besteht eine <b>Lebensversicherung</b> (auch Nachweise über Rückkaufswert(e) beifügen)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Versicherungsnummer</span></p>
<b>c) sonstige Ansprüche</b>	<p>Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <hr/> <p>Bestehen <b>Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)</b> oder analog anzuwendender Ge-setze (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, als:      <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwe/Witwe/Waise/Eltern)</p> <p>Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____</p> <p>(Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)</p> <hr/> <p>Bestehen <b>sonstige Ansprüche</b>? (z. B. Schadensersatzanspruch, private Unfallversicherungen, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. - wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungs-Nr. und Anschrift des/der Verpflichteten angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Art</span></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Art</span></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei _____</p> <p style="text-align: center;">Name, Anschrift <span style="float: right;">Art</span></p>

⑧ dem Grunde nach unterhaltspflichtige Angehörige	(weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt auführen!)				
	1	2	3	4	5
Name (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Geburtsdatum, Geburtsort					
Familienstand					
Wohnanschrift: Straße, Hausnr. PLZ, Ort					
Telefon (für Rückfragen)					
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum nachfragenden Person/Antragsteller(in)					
Existiert ein Unterhaltstitel?	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein
derzeitiger Arbeitgeber					
Angaben zur derzeit ausgeübten Tätigkeit					
Verfügt ein Kind bzw. verfügt eines der Elternteile vermutlich über Einkommen ab 100.000 EUR jährlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

⑨ Sonstiges	
<b>a) Heimunterbringung,</b>	<p>Aufenthalt der letzten 2 Monate vor Aufnahme in ein Pflegeheim (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits genannten Wohnort übereinstimmt):</p> <p>von _____ bis _____ Ort, Straße _____</p> <p>von _____ bis _____ Ort, Straße _____</p> <p>von _____ bis _____ Ort, Straße _____</p> <p>Name des Pflegeheims _____ Aufnahmetag _____</p>
	<p>Bei Pflegeheimunterbringung:</p> <p>Liegt eine Pflegeeinstufung durch die Pflegekasse vor?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen) <input type="checkbox"/> beantragt am: _____</p> <p>Unterbringungsart:</p> <p><input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Dauerpflege</p>
<b>b) Angaben über früheren Leistungsbezug</b>	<p>Wurde bereits früher Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung bzw. Grundsicherung für Arbeitssuchende bezogen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>von _____ bis _____ Behörde _____</p> <p>von _____ bis _____ Behörde _____</p> <p>Wann, woher und aus welchem Grund erfolgte ein Umzug in den Kreis Offenbach?</p> <p>_____</p> <p>Wurde der Umzug durch eine Behörde bezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____</p> <p>Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertritts:</p> <p>_____</p>

Ⓜ Allgemeines	(alle Angaben sind durch geeignete Belege nachzuweisen!)
<b>a) Bevollmächtigung</b>	<p>Ist für eine der im Antrag genannten Personen durch ein Gericht ein/e Betreuer/in eingesetzt oder besteht eine Vollmacht?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für: _____  Name <span style="margin-left: 150px;">Gericht, Aktenzeichen</span></p> <p>_____  Name, Anschrift des Betreuers/der Betreuerin oder des/der Bevollmächtigten</p> <hr/> <p>Existiert für eine der im Antrag genannten Personen eine (Vorsorge-) Vollmacht?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für: _____  Name</p> <p>_____  Name, Anschrift des/der Bevollmächtigten</p>
<b>b) Bankverbindung für Auszahlung der Leistungen</b>	<p>_____</p> <p>Kontoinhaber/in (falls abweichend von Antragsteller/in)</p> <hr/> <p>IBAN <span style="margin-left: 150px;">BIC</span></p> <hr/> <p>Geldinstitut</p>

### Informationen gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Gemäß Art. 13 DSGVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der gewünschten Verwaltungshandlung zu informieren.

<b>Kontaktdaten</b>	Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DSGVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:	Der Kreisausschuss des Kreises Offenbach Werner-Hilpert-Straße 1, 63128 Dietzenbach Telefon: 06074/8180-0, E-Mail: info@kreis-offenbach.de
	Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG	Datenschutzbeauftragter Werner-Hilpert-Straße 1, 63128 Dietzenbach Telefon: 06074/8180-5408 E-Mail: datenschutz@kreis-offenbach.de

#### Ihre Rechte als Betroffene/r:

Als betroffene Person informieren wir Sie darüber, dass Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DSGVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DSGVO, ein Recht auf Daten gem. Art. 17 DSGVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DSGVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DSGVO sowie in den Fällen des Art. 21 Abs. 1 und 2 DSGVO ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung haben.

Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, sich wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

**Zuständige Aufsichtsbehörde:** Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden

<b>Umfang der Verarbeitung</b>	Die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten werden zu folgendem Zweck verarbeitet:	Bearbeitung des Antrages nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII).
	Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in:	§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).
	Ihre Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Anliegens an folgende Empfänger weitergeleitet:	Einrichtungsträger (sofern eine Leistung innerhalb von Einrichtungen beantragt ist).
	Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehende Dauer gespeichert. Danach werden diese gelöscht:	5 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Sozialverwaltungsverfahren abgeschlossen wurde.
	Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus folgendem Grund erforderlich:	Gesetzlich vorgeschrieben.
	Folgen im Falle, dass Sie nicht bereit sind, die erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen:	Die beantragten Leistungen können nicht bewilligt werden.

**Erklärung der nachfragenden Person(en) oder des/der gesetzlichen Vertreters/in falls diese/r Antragsteller/in ist:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit, geringfügige Beschäftigung usw.) ist vor Aufnahme der Arbeit der bewilligenden Stelle anzuzeigen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialhilfeleistung erforderlich ist.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist sowie eine Rückforderung zu Unrecht erhaltener Leistungen erfolgen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden und entsprechend der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Stellen weitergegeben werden können.

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter/Bevollmächtigte(r)	Unterschrift Ehegatten/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft

Name, Anschrift der Stelle, die bei der Aufnahme des Antrages mitgewirkt hat	Ort, Datum	Unterschrift der aufnehmenden Stelle

**Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort:

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
Fax:

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse