

Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag können Sie bei Ihrer Stadt-/Gemeindeverwaltung abgeben. Die Vorlage einer Meldebescheinigung ist dann nicht mehr erforderlich.

Eingangsstempel:

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölf (SGB XII)

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)
 Grundsicherung/HLU in besonderer Wohnform (BTHG) Sonstige Leistungen der Sozialhilfe:

▸ bitte Leistung/Bedarf beschreiben ⓘ

1. Kontaktdaten

1.1 Anschrift der Antragsteller

Name, ggf. Geburtsname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon

E-Mail

1.2 Betreuer(in) oder Bevollmächtigte(r)

▸ nur auszufüllen wenn vorhanden ⓘ Bitte Nachweis beifügen 📄

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon / Fax-Nr.

E-Mail

2. Persönliche Verhältnisse

2.1 Antragsteller(in) Anrede: Frau Herrn

Name, ggf. Geburtsname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Aufenthaltsstatus _____ in Deutschland lebend seit _____ Vertriebenenausweis/Spätaussiedler _____

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit:
 verwitwet in eingetr. Lebenspartnerschaft [▶ bitte Scheidungsurteil beifügen](#)

Erwerbstätig: Vollzeit erwerbstätig Teilzeit erwerbstätig

Nicht erwerbstätig wegen: Krankheit /Behinderung aus Altersgründen Sonstiges

Sind Sie für mindestens 3 Stunden täglich arbeitsfähig? Ja Nein

▶ Krankenversicherung [▶ bitte Nachweis beifügen](#)

Name der Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Pflichtmitglied Freiwilliges Mitglied Familienversicherung KV der Rentner

2.2 Ehegatte(in) / Lebensgefährte(in) Anrede: Frau Herrn

Name ggf. Geburtsname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Aufenthaltsstatus _____ in Deutschland lebend seit _____ Vertriebenenausweis/Spätaussiedler _____

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit:
 verwitwet in eingetr. Lebenspartnerschaft [▶ bitte Scheidungsurteil beifügen](#)

Erwerbstätig: Vollzeit erwerbstätig Teilzeit erwerbstätig

Nicht erwerbstätig wegen: Krankheit /Behinderung aus Altersgründen Sonstiges

Sind Sie für mindestens 3 Stunden täglich arbeitsfähig? Ja Nein

▶ Krankenversicherung [▶ bitte Nachweis beifügen](#)

Name der Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Pflichtmitglied Freiwilliges Mitglied Familienversicherung KV der Rentner

2.3 Persönliche Verhältnisse weiterer im Haushalt lebender Personen

▶ weitere Personen bitte unter [Ziffer 11](#) ergänzen ⓘ

| | 3. Person | 4. Person | 5. Person |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Name, ggf. Geburtsname | | | |
| Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Geburtsort | | | |
| Familienstand | | | |
| Persönliches Verhältnis zum Antragsteller | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | |
| Aufenthaltsstatus | | | |

▶ Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen

| 3. Person | 4. Person | 5. Person |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> über den Antragsteller | <input type="checkbox"/> über den Antragsteller | <input type="checkbox"/> über den Antragsteller |
| <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: | <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: | <input type="checkbox"/> eigene Versicherung: |
| | | |
| Name der Krankenkasse | Name der Krankenkasse | Name der Krankenkasse |
| | | |
| Versicherungsnummer | Versicherungsnummer | Versicherungsnummer |

3. Sonstige Angaben

| | Antragsteller | Ehegatte(in)/ Lebensgefährte(in) | 3. Person | 4. Person | 5. Person |
|---|---|---|---|---|---|
| Liegt ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ vor? ▶ bitte Ausweis beifügen ⓘ | <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 |
| Wurde ein Pflegegrad festgestellt? ▶ bitte Nachweis beifügen ⓘ | <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 |
| Ist eine der Personen schwanger ? ▶ bitte Mutterpass oder ärztliches Attest beifügen ⓘ | <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 |
| Haben Sie Aufwendungen für eine kostenaufwändige Ernährung ? ▶ bitte ärztliche Bescheinigung beifügen ⓘ | <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 |

4. Einkommen

► bitte Nachweise beifügen 📄 Es sind **alle** Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- und Steuerpflicht unterliegen. Bitte geben Sie immer den monatlichen Zahlungsbetrag (netto) an ① Sofern Sie von Ihrem Einkommen Beiträge zu einem Sozialverband oder einer Privathaftpflicht-/Hausratsversicherung entrichten, können Sie entsprechende Nachweise beifügen 📄

| | Antragsteller | Ehegatte(in)/ Lebensgefährte(in) | 3. Person | 4. Person | 5. Person |
|--|--|--|--|--|--|
| Arbeitseinkommen | | | | | |
| Werkstatteinkommen (WfbM) | | | | | |
| <i>Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung?</i> | <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 |
| Krankengeld/ Verletztengeld | | | | | |
| Arbeitslosengeld I | | | | | |
| Arbeitslosengeld II | | | | | |
| Erwerbsminderungsrente | | | | | |
| Altersrente | | | | | |
| Hinterbliebenenrente | | | | | |
| Betriebsrente | | | | | |
| Auslandsrente | | | | | |
| Pensionen | | | | | |
| Sonstige Rente | | | | | |
| Kindergeld | | | | | |
| Unterhalt | | | | | |
| Unterhaltsvorschuss | | | | | |
| Elterngeld | | | | | |
| Mutterschaftsgeld | | | | | |
| Miet- und Pachteinnahmen | | | | | |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen, Dividenden) | | | | | |
| Steuererstattungen | | | | | |
| Wohngeld | | | | | |
| | | | | | |
| Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Wohnung/ Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Wohnung/ Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Wohnung/ Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Wohnung/ Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge | <input type="checkbox"/> freie Verpflegung <input type="checkbox"/> freie Wohnung/ Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Sachbezüge |
| Art des sonstigen Sachbezuges | | | | | |
| Wert des/der Sachbezüge | | | | | |

5. Weitere nicht geklärte Leistungsansprüche

Bestehen für die vorgenannten Personen der Haushaltsgemeinschaft weitere, noch nicht entschiedene Leistungsansprüche?

- Nein Ja, und zwar für folgende Personen:
- Antragsteller Ehegatte(in) / Lebensgefährt(e)in
1. Kind / sonstige Person 2. Kind / sonstige Person 3. Kind / sonstige Person

► Leistungsansprüche

- aus der Rentenversicherung aus der Krankenversicherung aus der Pflegeversicherung
- wegen Unfall oder Krankheit aus Wohngeld aus Arbeitslosigkeit
- aus einem anderen Grund, nämlich:

6. Wohnverhältnisse

► bitte Nachweise (Mietbescheinigung, Mietvertrag, Grundbuchauszug etc.) beifügen 

In der Wohnung bzw. der Haushaltsgemeinschaft leben **insgesamt** Personen.

► Wohnform

- Mietwohnung
- Besondere Wohnform (BTHG) ambulantes Betreutes Wohnen
- eigenes Haus Eigentumswohnung freies Wohnrecht

► Letzter Wohnort vor Aufnahme/Einzug in die besondere Wohnform

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Besteht bei Antragstellung ein Mietrückstand? Nein Ja, in Höhe von Euro

Wurde Räumungsklage eingereicht? Nein Ja

► Mietzahlungen

Ich beantrage, dass die Kosten der Unterkunft direkt an meinen Vermieter / Einrichtung gezahlt werden: Ja Nein

7. Personen außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

▶ aus Sicht des Antragstellers anzugeben. Weitere Personen bitte unter Ziffer 11 ergänzen ⓘ

| | Vater | Mutter | getrennt lebender/ geschiedener Ehegatte | Kind |
|---------------------------|-------|--------|--|------|
| Name, ggf. Geburtsname | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Straße, Hausnr. | | | | |
| PLZ, Wohnort | | | | |

8. Unterhaltsansprüche

Verfügt eines Ihrer Kinder - oder verfügen Ihre Eltern gemeinsam - vermutlich über ein jährliches Gesamteinkommen von mehr als **100.000 Euro**?

Nein Ja (Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Anschrift an).

| | |
|----------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Straße, Hausnr. | |
| PLZ, Wohnort | |
| Berufliche Tätigkeit | |

9. Bankverbindung

▶ zur Leistungsgewährung ist ein eigenes Bankkonto notwendig ⓘ

Die Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

| | |
|---------------------|--|
| Name Kontoinhaber | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Name Kreditinstitut | |

10. Erklärung des Antragstellers

▶ bitte beiliegendes Informationsblatt beachten ⓘ


Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind, insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Über die Mitwirkungspflichten wurde ich über das beigefügte Informationsblatt belehrt. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht bin ich verpflichtet, diejenigen Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Leistungsgewährung erforderlich ist. Komme ich meinen Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung dieses Antrags nach § 60 SGB I nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrags führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass ich mich wegen falscher und/oder unvollständiger Angaben nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar mache und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.


Die personenbezogenen Daten werden zur Leistungserbringung in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert. Über Art und Umfang der Datenerfassung wurde ich mit dem beigefügten Informationsblatt gemäß Artikel 13 DS-GVO aufgeklärt. Insofern gilt meine untenstehende Unterschrift auch als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sofern sich in meinem Haushalt Kinder befinden, die einen Anspruch auf Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket haben, werden diese Leistungen hiermit fristwahrend beantragt. Die Benennung der benötigten Leistungen muss mit einem gesonderten Formular erfolgen.

Ort, Datum



Unterschrift Antragsteller(in) bzw.
gesetzlicher Vertreter / Betreuer



Unterschrift des Ehegatten/ Lebenspartners /
Lebensgefährten oder sonstigen Person

▶ Nicht vom Antragsteller auszufüllen

Der Antrag ist hier am _____ abgegeben/aufgenommen worden.

Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch XII vorliegen. Die Angaben wurden geprüft. Die erforderlichen Nachweise – soweit sie nicht beiliegen – wurden eingesehen. Die im Antrag aufgeführten Personen sind unter der angegebenen Adresse mit erstem Wohnsitz gemeldet.

▶ Sonstige Bemerkungen der entgegennehmenden Stelle (Stadt-/Gemeindeverwaltung)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

11. Raum für weitere Mitteilungen/Erläuterungen

► hier können Sie weitere Angaben machen, die für die Leistungsgewährung von Bedeutung sind ⓘ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Vermögenserklärung

▶ bitte Nachweise (insbesondere Kontoauszüge der letzten drei Monate) beifügen 📄 Die Vermögenserklärung und die Nachweise beziehen sich auf den Antragsteller und den Ehegatte(in) / Lebensgefährte(in) ⓘ

Es sind folgende Vermögenswerte vorhanden:

1. Bargeld Nein Ja Betrag: Euro

2. Bankguthaben

| Girokonten | IBAN | Bank / Sparkasse | aktueller Stand |
|------------|------|------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nein, es sind keine Girokonten vorhanden.

| Sparbücher | Sparbuch-Nummer | Bank / Sparkasse | aktueller Stand |
|------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nein, es sind keine Sparbücher vorhanden.

| Bausparverträge | Vertragsnummer | Bank / Sparkasse | aktueller Stand |
|-----------------|----------------|------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nein, es sind keine Bausparverträge vorhanden.

3. Sonstige Vermögenswerte


| | | Wert in Euro |
|--|--|--------------|
| Lebens- und Rentenversicherungen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Sterbegeldversicherungen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Aktien / Fonds / Wertpapiere | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Haus- und Grundbesitz / Eigentumswohnung im Inland | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Haus- und Grundbesitz / Eigentumswohnung im Ausland | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Bankschließfach | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Kraftfahrzeuge (PKW, Motorrad, Wohnmobil etc.) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Sonstiges Vermögen: | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: | |
| Ich / Wir haben in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt oder veräußert bzw. Grundbesitz übertragen (Schenkung, Übergabevertrag etc.) ▶ bitte Nachweise beifügen 📄 | | |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | |


Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind, insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich mich wegen falscher und/oder unvollständiger Angaben nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar mache und zu Unrecht erbrachte Leistungen erstatten muss.

Der Lahn-Dill-Kreis kann jederzeit die gemachten Angaben überprüfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass gemäß § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) die Möglichkeit der Kontenabfrage besteht und im Bedarfsfall gegebenenfalls davon Gebrauch gemacht werden kann.

Ort, Datum

_____
Unterschrift Antragsteller(in) bzw.
gesetzlicher Vertreter / Betreuer

_____
Unterschrift des Ehegatten/ Lebenspartners /
Lebensgefährten oder sonstigen Person

► Nicht vom Antragsteller auszufüllen

Die vorstehende/n vollzogene/n Unterschrift/en wird/werden hiermit bestätigt. Die beiliegenden Kopien lagen im Original vor und stimmen mit dem Original überein.

Ort, Datum

Unterschrift Sachbearbeiter(in)

Informationsblatt

zum Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölf (SGB XII)

▶ **Wahrheitsgemäße und vollständige Angaben**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I).

▶ **Änderungen der Verhältnisse**

Für den Zeitraum Ihres Leistungsbezuges sind Sie verpflichtet, dem Träger der Hilfe unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen, insbesondere Ihren Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen mitzuteilen. Sie sind angehalten, jegliche Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) anzuzeigen.

▶ **Ansprüche gegen Dritte**

Hat der Träger der Sozialhilfe Leistungen zu erbringen, obwohl Ansprüche gegen Drittverpflichtet (z. B. Unterhalt, Schenkungen, andere Sozialleistungen) bestehen, geht der Anspruch in Höhe der Leistungen auf den Träger der Sozialhilfe über bzw. es kann ein Anspruchsübergang bewirkt werden.

▶ **Auslandsaufenthalte**

Leistungsberechtigte, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, können nach Ablauf der vierten Woche bis zu Ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen erhalten. Daher sind geplante Auslandsaufenthalte von mehr als vierwöchiger Dauer vor der Abfahrt schriftlich anzuzeigen. Das Datum der Rückkehr nach Deutschland ist konkret in geeigneter Form nachzuweisen. Ohne Nachweis können Leistungen erst ab dem Zeitpunkt einer persönlichen Vorsprache wieder erbracht werden.

▶ **Erläuterungen zu Ziffer 2.1 und 2.2 (Seite 2)**

Eine Kopie der Krankenversicherungskarte ist nicht ausreichend. Bitte legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse vor.

Sofern Sie nicht erwerbsfähig sind, bitten wir um Vorlage eines entsprechenden Nachweises (z.B. Gutachten des Rentenversicherungsträgers, Lohnbescheinigung Werkstatt für behinderte Menschen, Rentenbescheid inklusive Anlagen).

▶ **Erläuterungen zu Ziffer 2.3 (Seite 3)**

Hierzu zählen nur Personen in Ihrem direkten Haushalt. Angehörige oder sonstige Personen, welche mit Ihnen im gleichen Haus aber nicht in Ihrem Haushalt leben (z.B. getrennte Wohnungen), gehören nicht zur Haushaltsgemeinschaft.

▶ **Erläuterungen zu Ziffer 5. (Seite 5)**

Weitere nicht geklärte Ansprüche können sein: Altersrente, Ausbildungsgeld, Auslandsrente, Beihilfeansprüche, Berufsunfähigkeitsrente, Betriebsrente, Elterngeld, Entschädigungsrente/-zahlungen, Erbsprüche, Häftlingshilfe, Insolvenzgeld, Krankengeld, Lebensversicherung, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Lohnforderungen, Mutterschaftsgeld, Pflegegeld, Schadensersatzansprüche, Sterbegeldversicherung, Übergangsgeld, Unfallrente, Unterhaltsansprüche.

Darüber hinaus kommen auch Ansprüche auf Sachleistungen infolge eines Altenteilsvertrags, einer Wohnrechtsgewährung oder einer Versorgungsverpflichtung in Betracht.

Datenverarbeitung

Informationen gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Gemäß Art. 13 DS-GVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Sie uns im Zusammenhang mit dem von Ihnen gewünschten Verwaltungshandeln mitteilen, zu informieren.

| | | |
|------------|--|--|
| 1. | Kontaktdaten | |
| 1.1 | Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DS-GVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist: | Der Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar, Telefon: 06441-407-0, E-Mail: info@lahn-dill-kreis.de |
| 1.2 | Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DS-GVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG: | Datenschutzbeauftragter des Lahn-Dill-Kreises Telefon: 06441-407-2750, E-Mail: datenschutz@lahn-dill-kreis.de |
| 2. | Zweck, Umfang und Erforderlichkeit der Datenverarbeitung | |
| 2.1 | Die von Ihnen im Antrag auf Sozialleistungen nach SGB XII angegebenen sowie im weiteren Verlauf der Abwicklung des Verfahrens ggf. noch erhobenen personenbezogenen Daten sollen zu dem folgendem Zweck erhoben und verarbeitet werden: | Gewährung von Sozialleistungen nach dem SGB XII. |
| 2.2 | Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in: | §§ 67 ff. SGB X |
| 2.3 | Ihre Daten werden zum Zweck der Bearbeitung Ihres Anliegens an die nebenbenannten Empfänger weitergeleitet. Eine Weiterleitung an Drittländer oder internationale Organisationen erfolgt nicht. | Sonstige Sozialleistungsträger, Rentenversicherungsträger, Bankinstitute, in die Gewährung von Sozialleistungen eingebundene Institutionen sowie sonstige Dritte, wie z. B. unterhaltspflichtige Angehörige. Bei der Gewährung von Krankenhilfe nach § 48 SGB XII, § 4 AsylbLG sowie § 264 SGB V: Deutsches Dienstleistungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH, Grabenstraße 100-104, 45141 Essen. |
| 2.4 | Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus den neben genannten Gründen zur Durchführung des Verwaltungshandelns erforderlich. | Es besteht eine gesetzliche Pflicht zur Bereitstellung. Bei Nichtangabe der Daten kann die beantragte Sozialleistung nicht gewährt werden. |
| 3. | Dauer der Speicherung | |
| | Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehend angegebene Dauer gespeichert. Danach werden sie gelöscht. | Zehn Jahre nach Beendigung des Leistungsverhältnisses. |
| 4. | Ihre Rechte als Betroffene(r) | |
| | Als betroffene Person haben Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DS-GVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DS-GVO, ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 17 DS-GVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DS-GVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DS-GVO sowie ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung nach Art. 21 DS-GVO. 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 DS-GVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Weiterhin haben Sie gem. Art. 77 DS-GVO das Recht der Beschwerde wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Aufsichtsbehörde, dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden. | |