

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge

Bitte beachten!

Stellen Sie einen Antrag auf Sozialhilfeleistungen bitte grundsätzlich vor einer Heimaufnahme und/oder bevor Ihr Vermögen bis auf den Vermögensschonbetrag verbraucht ist (dies gilt auch für bereits im Heim befindliche Personen).

Der Landrat
Eingliederungshilfe, Hilfe zur
Pflege
Geschäftsstelle: Böntalstr. 32
37603 Holzminden

- ☐ Übernahme der ungedeckten Heimkosten (stationär)
- ☐ Übernahme der ungedeckten Heimkosten (Kurzzeitpflege)
- ☐ Kriegsopferfürsorge

(Eingangsstempel der Behörde)

I. Persönliche Verhältnisse

	Heimbewohner/in	Ehegatte(in) / Lebenspartner(in) (auch, wenn diese/r verstorben ist)
Name		
Geburtsname und früherer Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort und Land		
Familienstand		
Name, Vorname, Anschrift Betreuer/in (mit gerichtlichem Ausweis) oder Bevollmächtigte/r (mit Vollmacht/Vorsorgevollmacht) <i>Telefon</i> <i>E-Mail</i>		
Steuer-ID		
Liegt eine Schwerbehinderung vor? (wenn ja, bitte Merkzeichen angeben)	nein ☐ ja ☐V.H. Merkzeichen:	nein ☐ ja ☐V.H. Merkzeichen:
Staatsangehörigkeit		
Bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status:		

II. Einverständniserklärung

Die nachfragende Person erklärt sich mit einer Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim einverstanden. Gleichzeitig stimme ich einer Auszahlung der Sozialhilfe sowie der Zusendung der Bescheide an die Pflegeeinrichtung zu. Die Auszahlung des Barbetrages erfolgt durch die Pflegeeinrichtung. Ich versichere, dass ich die Angaben auf dieser und den folgenden Seiten nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person /
oder der/des Betreuers/in

Unterschrift des Ehegatten/
der Ehegattin

III. Angehörige (leibliche Kinder des/der Hilfesuchenden und/oder Eltern):

	1	2
Name (Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Familienstand		
Derzeitiger Beruf/Arbeitgeber		
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort <i>Telefon und E-Mail</i>		

	3	4
Name (Geburtsname)		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort / Kreis / Land		
Familienstand		
Derzeitiger Beruf/Arbeitgeber		
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort <i>Telefon und E-Mail</i>		

IV. Angaben zur Heimaufnahme

Angaben zur Pflegeeinrichtung:

Name	
Straße/Postfach	
PLZ Ort	
Telefon	

- ☐ Kurzzeitpflege vom _____ bis _____
☐ Verhinderungspflege vom _____ bis _____
☐ Stationäre Pflege ab _____

Sofern die Pflegeeinrichtung außerhalb des Landkreises Holzminden liegt, ist der Grund für die Aufnahme in dieser Einrichtung anzugeben:

.....

V. WohnverhältnisseAnschrift innerhalb der letzten drei Monate vor Heimaufnahme:

Straße	PLZ	Ort	Zeitraum	Wohnrecht	Miete	Eigentum	Untermiete	Bei Kind/Enkel	
.....				☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....				☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. Krankenkasse/Pflegekasse (Die nachfragende Person ist Mitglied bei folgender Krankenkasse):

Name und Adresse der Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

Pflegegrad: seit:.....

Die nachfragende Person ist:

☐ Pflichtversicherung

☐ Freiwillige Krankenversicherung

☐ Krankenversorgung nach § 264 SGB V

☐ Private Krankenversicherung

VII. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und dessen Ehegatten/-gattin (Alle Angaben sind durch Rentenbescheide, Gehaltsabrechnungen, etc. zu belegen!)

Art des monatlichen Nettoeinkommens		Heimbewohner/in in EUR	Ehegattin/-gatte in EUR
1.	Altersrente		
2.	Witwenrente/Witwerrente		
3.	Betriebsrente/Zusatzrente		
4.	Krankengeld		
5.	Erwerbsunfähigkeitsrente		
6.	Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente v. Ausgleichsamt		
7.	Pension / Versorgungsbezüge / Beihilfe		
8.	Kindergeld		
9.	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz		
10.	Unterhaltsleistungen Angehöriger		
11.	Unfall-/Verletztenrente		
12.	Lohn/Gehalt:		
13.	Miet-/Pachteinnahmen:		
14.	Leistung eines Sozialträgers (Grundsicherung, ALG II etc.):		
15.	Wohngeld		
16.	Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. Geldrente)		
17.	Sonstige Einkünfte:		
18.	Einkommenssteuerpflichtig	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

VIII. Vermögen**(bitte alle Zeilen mit „ja“/ „nein“ beantworten!!!)**

Bei folgenden Banken oder Sparkassen wird bzw. wurde in den letzten 10 Jahren ein Guthaben (Girokonto/Sparkonto) geführt (bei Eheleuten das Guthaben von beiden):

Bargeld (im Haushalt)	☐ nein ☐ ja	€
Girokonto Name der Bank/Sparkasse.....	☐ nein ☐ ja	Nr. Betrag€
Sparkonto Name der Bank/Sparkasse	☐ nein ☐ ja	Nr. Betrag€
Sparkonto/Festgeldkonto Name der Bank/Sparkasse	☐ nein ☐ ja	Nr. Betrag€
Bausparguthaben Name der Bank/Sparkasse	☐ nein ☐ ja	Nr. Betrag€
Wertpapiere Name der Bank/Sparkasse	☐ nein ☐ ja	Nr. Betrag€
Geschäftsanteile	☐ nein ☐ ja	Wert: €
Haus- und Grundbesitz	☐ nein ☐ ja	Wert: €
sonstiges Vermögen (z. B. Schmuck, Gemälde, Teppiche, Sammlungen, Kleingarten, Kaution)	☐ nein ☐ ja	Art: Wert: €
Lebensversicherung Name der Versicherung	☐ nein ☐ ja	Nr: derzeitiger Rückkaufswert €
Sterbeversicherung Name der Versicherung	☐ nein ☐ ja	Nr: derzeitiger Rückkaufswert €
Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen bei	☐ nein ☐ ja	derzeitiger Rückkaufswert €
Kfz, Wohnmobil, Wohnwagen Typ, Baujahr	☐ nein ☐ ja	derzeitiger Wert €
Vertragliche Ansprüche gegen Dritte z.B. Wohnrecht, Nießbrauchrecht, Geldrente, etc. im Grundbuch eingetragen	☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja	Art des Anspruches Betrag monatlich €

- ☐ In den letzten 10 Jahren Antragstellung sind von der nachfragenden Person bzw. dem Ehegatten / der Ehegattin folgende Vermögenswerte verschenkt, übergeben oder veräußert worden:

Name und Adresse des Beschenkten/Übernehmers	Betrag	Datum d. Schenkung

- ☐ Es wurden in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung von der nachfragenden Person bzw. dem Ehegatten/der Ehegattin keine Vermögenswerte verschenkt/übergeben/veräußert.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit meiner Vermögenswerte unter Punkt VIII. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person /
oder der/des Betreuers/in

Unterschrift des Ehegatten/
der Ehegattin

IX. Sonstiges

Glaubt die nachfragende Person oder die Ehegattin/der Ehegatte weitere, noch nicht entschiedene **Ansprüche** zu haben, aus denen sie noch keine Leistungen erhält?

- ☐ aus dem Lastenausgleich ☐ aus der Sozialversicherung ☐ als Kriegsbeschädigter
☐ aus Krankheit ☐ aus dem Grundsicherungsgesetz ☐ aus Unfall
☐ aus anderem Rechtsgrund, nämlich

Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

Frühere Ehegatten/Ehegattinnen, soweit nicht bereits auf Seite 1 angegeben (Name, Vorname, Geb.- Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag)

Soweit die **Ehe** mit dem vorstehenden oder auf Seite 1 angegebenen Ehegatten/-gattin **geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt** wurde bzw. die Ehepartner getrennt leben:

Urteil des _____ Land- / Familiengerichts in _____ vom _____ Az.: _____
 (Regelung über Unterhalt / Sorgerecht bitte beifügen, falls nicht geregelt, bitte Scheidungsurteile beifügen)

Bei Übertritt aus dem Ausland, Tag u. Ort des Grenzübertritts: _____

Wird jetzt oder wurde bereits früher **Sozialhilfe / Kriegsopferfürsorge** bezogen ☐ nein ☐ ja

Vom _____ bis _____ Behörde: _____ Hilfeart: _____

Folgende **Anträge auf Sozialleistungen wurden gestellt, aber noch nicht entschieden** (z.B. Renten, Kindergeld, Versorgungsleistungen, Grundsicherungsleistungen) oder **abgelehnt** (Bescheide zur Einsichtnahme beifügen!)
 (Tag, Behörde, Az.):

X. Unterlagen

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- ☐ aktuelle Rentenbescheide
- ☐ Nachweis über den Bezug von Betriebs- und/oder Zusatzrente
- ☐ Kopien der Girokontoauszüge (der letzten sechs Monate vor Antragstellung)
- ☐ Übersicht aller bestehenden Bankkonten der letzten 6 Monate vor Antragstellung (Finanzstatus der Bank)
- ☐ Übersicht aller derzeit bestehenden Bankkonten (aktueller Finanzstatus der Bank)
- ☐ Bauspar- oder Kapitalansamlungsverträge
- ☐ Bescheid der Pflegekasse in den Pflegegrad für die Kurzzeitpflege und/oder stationär
- ☐ Betreuungsausweis oder Vollmacht
- ☐ Sterbe- und/oder Lebensversicherungspolice mit Nachweis des derzeitigen Rückkaufswertes
- ☐ Grabpflege- oder Bestattungsvorsorgevertrag
- ☐ Vertrag, aus dem das Wohnrecht, Nießbrauchsrecht, Geldrente o. ä. hervorgeht
- ☐ Grundbuchauszug, aus dem das Wohnrecht, Nießbrauchsrecht, Geldrente o. ä. hervorgeht
- ☐ Bei Haus- und/oder Grundvermögen der Einheitswertbescheid
- ☐ Werteinschätzung eines Maklers bei Wohneigentum
- ☐ Kopie des Schwerbehindertenausweises (Vorder- und Rückseite)
- ☐ Bescheide vom Ausgleichs- oder Versorgungsamt
- ☐ Bescheid über Grundsicherungsleistungen
- ☐ Kfz-Schein
- ☐ MDK-Gutachten (bei Pflegegrad 2)
- ☐ Fragebogen zur Berechnung des Kostenbeitrages mit Nachweisen der laufenden Nebenkosten
- ☐ letzter Einkommenssteuerbescheid des Finanzamtes (siehe Punkt VII. Nr. 18)
- ☐
- ☐
- ☐

Mir/uns ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung die Leistung nach § 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) versagt werden kann und dass eine verspätete Abgabe der Unterlagen zu einer Verzögerung in der Bearbeitung führen kann.

XI. Zuzahlungsdarlehen

Sofern Sie für die von Ihnen zu leistenden Zuzahlungen für Leistungen der Krankenversicherung bis zur individuellen Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) ein Darlehen für das folgende Kalenderjahr in Anspruch nehmen möchten, wird das Darlehen dann in 12 monatlichen Raten vom Barbetrag einbehalten. Bitte teilen Sie mit, ob Sie das Darlehen in Anspruch nehmen möchten oder nicht.

- ☐ Ich möchte das Darlehen in Anspruch nehmen.
- ☐ Ich möchte das Darlehen nicht in Anspruch nehmen.

XII. Gesetzliche Grundlagen

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil – vom 11.12.1975 (BGBl. I S. 3015)

Dritter Teil: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialhilfeleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialhilfe beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Sozialleistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht in einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch:

§ 263 Betrug

(1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe belegt.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) In besonderen schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

(4) § 243 Abs. 2 sowie §§ 247 und 248a gelten entsprechend.

(5) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2).

XIII. Allgemeine Hinweise

Die zur Zahlbarmachung der Sozialhilfe erforderlichen persönlichen Daten werden unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze erfasst, gespeichert und bearbeitet.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Grundsicherung, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung. Sind die Voraussetzungen für die Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegebenden 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.

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Name

Vorname

Geburtsdatum

(gesetzlicher Vertreter)

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Sozialgesetzbuch-Zwölftes Buch- (SGB XII) hat sich das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Niedersachsen oder der von ihm beauftragte örtliche Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang des Leidens und des Betreuungsbedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Sozialhilfe gewährt wird, benötigen die genannten Sozialhilfeträger Auskünfte über die Entwicklung der nachfragenden Person in der Einrichtung, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Bedarf an Betreuung geändert haben kann (etwa wenn die Änderung eines bestimmten Leidenszustandes nach einer gewissen Zeit zu erwarten sein könnte) oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z. B. bei Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmeabschnitten in der Therapie. In diesem Fall muss der Sozialhilfeträger entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Niedersachsen nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind.

Personen, die dem Sozialhilfeträger solche Auskünfte erteilen können, sind Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal der Einrichtung, sofern es sich mit der Betreuung des Hilfeempfängers befasst.

Der Hilfeempfänger hat nach §§ 60 ff SGB-I solche für die Gewährung der Leistung erforderliche Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB-I damit rechnen, dass die Sozialhilfeleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

Erklärung nachfragenden Person bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Soweit Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Einrichtung, in der sich der Sozialhilfeempfänger befindet, in dem o. a. Sinne und Umfang für das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Niedersachsen bzw. den von ihm beauftragten örtlichen Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile in meine Einwilligung, dass sie diesen gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte / personenbezogene Daten / Gutachten, die durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Niedersachsen oder den von diesem beauftragten örtlichen Träger der Sozialhilfe von sonstigen Personen angefordert werden können, nämlich:

a) der Amtsärztin / dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten wurde.

b) _____

Bei Ärztinnen / Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang / Auswirkung des Leidens bzw. der Behinderung. Das Landesamt bzw. der beauftragte örtliche Sozialhilfeträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben - z. B. nach dem SGB XII / AG SGB XII Niedersachsen / SGB X - befugt.

Ort, Datum

Unterschrift nachfragende Person bzw.
Betreuer(in)

Erklärung zum Einsatz von Vermögen

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass der Landkreis Holzminden als örtlicher oder i. A. des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge die zur Klärung meiner/unserer Einkommens- und Vermögensverhältnisse notwendigen Ermittlungen einleitet. Banken und Sparkassen sind berechtigt, über meine/unsere Konten Auskunft zu erteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben über meine/unsere Vermögensverhältnisse eine (teilweise) Erstattung gewährter Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge zur Folge haben und dass diese den Tatbestand des Betruges im Sinne des § 263 StGB darstellen können.

Ich/Wir beauftrage(n) die von mir/uns angegebenen Geldinstitute, dem Sozialhilfeträger/Kriegsopferfürsorgeträger Auskünfte über meinen/unseren Kontostand zu geben. Im Übrigen bin ich/sind wir, sofern zur Ermittlung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse Auskünfte des Arbeitgebers, Finanzamtes, Bundesamtes für Finanzen oder sonstiger Stellen erforderlich sind, mit einer Auskunftserteilung dieser Stellen einverstanden.

_____, den _____

(Unterschrift Bewohnerin/Bewohner oder
Betreuerin/Betreuer)

(Unterschrift des Ehegatten/der Ehegattin
der Bewohnerin/des Bewohners)

(Stand: 01.07.2021)

Heimbewohner / in

Aktenzeichen.....

- Hiermit bevollmächtige ich den Landkreis Holzminden -Bereich 4.58; Hilfe zur Pflege-, Bürgermeister-Schrader-Str. 24,
- 37603 Holzminden, in meinem Namen Wohngeld zu beantragen.

☒ Ich möchte, dass das Wohngeld an folgende Einrichtung überwiesen wird:

_____, den _____

(Unterschrift Bewohnerin/Bewohner oder
Betreuerin/Betreuer)

(Stand: 01.01.2022)

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge



Einwilligungserklärung Datenschutz

Der Träger der Sozialhilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres „Antrags auf Gewährung von Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge“ ist der *Landkreis Holzminden, Bereich Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Böntalstraße 32, 37603 Holzminden*, berechtigt, die dort erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen zu verwenden.

Ihre Daten werden ab dem _____ gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem *Landkreis Holzminden*

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Der *Landkreis Holzminden* ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle in Datenschutzfragen erreichbar durch:

Herrn Christian Volkmer, Projekt 29 GmbH & Co. KG, Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Tel.: 0941 2986930 Fax: 0941 29869316, per E-Mail: anfragen@projekt29.de.

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann der *Landkreis Holzminden* Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

-
- Ich willige ein, dass der *Landkreis Holzminden, Bereich Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Böntalstraße 32, 37603 Holzminden*, die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
 - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
 - Ich willige ein, dass der *Landkreis Holzminden, Bereich Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Böntalstraße 32, 37603 Holzminden*, die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabepplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.
-

Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen, das Merkblatt Informations- und Transparenzpflicht nach Art. 13 ff Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten, und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Name, Vorname (Hilfesuchende/r)

Datum

Unterschrift
(Hilfesuchende/r bzw.
Betreuer/Bevollmächtigter)

Merkblatt
Informations- und Transparenzpflichten nach
Artikel 13 ff. Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO)



Verantwortlicher i. S d. DSGVO:

kommunale Körperschaft	Landkreis Holzminden
Straße	Bürgermeister-Schrader-Str. 24
PLZ Ort	37603 Holzminden
Tel.	05531-707383 oder 707384 oder 707364
E-Mail	hilfe-zur-pflege@landkreis-holzminden.de

Sie haben einen Antrag gestellt bzw. erhalten Leistungen der Sozialhilfe nach dem 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 141 ff SGB XII bzw. §§ 117 ff SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- * Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- * Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Den/die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter

anfragen@projekt29.de

bzw. postalisch unter Herrn Christian Volkmer

Projekt 29 GmbH & Co. KG

Ostengasse 14

93407 Regensburg

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.