

Antrag auf Gewährung

Ausgegeben am:	
Rückgabe bis	
Eingegangen am:	

- von Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII, Kapitel 3)
- von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII Kapitel 4)
- von Hilfe zur Pflege (SGB XII, Kapitel 7)
- von Bestattungskosten (§ 74 SGB XII)
- der Übernahme von Mietschulden u. ä. (§ 36 SGB XII)
- eines Darlehens (§ 37 und 38 SGB XII)
- von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Sonstige Leistungen der Sozialhilfe

Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67 a Sozialgesetzbuch X (SGB X) und die Datenverarbeitung nach § 67 b SGB X.

Füllen Sie den Vordruck bitte vollständig aus. Alle Angaben sind durch Nachweise zu belegen. Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreichend ist, machen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt.

I. Persönliche Verhältnisse

	1.	2.	3.
	Antragsteller/-in	Vater Ehegatte Lebenspartner/-in	Mutter
			(Art der Beziehung z. Antragsteller)
Name			
Geburtsname			
Vornamen			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Anschrift:			
Telefon (freiw.)			
Familienstand (bei verh. , getr. lebend und gesch. seit wann			
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
Staatsangehörigkeit			

bei Ausländern: Anlage 3 zusätzlich ausfüllen

Ausweisdokument / Nr. des Dokuments			
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:			
Anschrift:			
PLZ, Ort:			
Bestellt vom			
Amtsgericht:			

II. Weitere Personen im Haushalt

	4.	5.	6.
Name			
Geburtsname			
Vornamen			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand (bei verh. , getr. lebend und gesch. seit wann			
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
Beziehung zum Antragsteller			
Staatsangehörigkeit			
bei Ausländern: Anlage 3 zusätzlich ausfüllen			
Ausweisdokument / Nr. des Dokuments			
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name: Anschritt: PLZ, Ort: Bestellt vom Amtsgericht:			

III. Mehrbedarfe

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Schwerbehinderung	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grad d. Behinderung	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG
Antrag gestellt?	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte den Schwerbehindertenausweis oder den Feststellungsbescheid beifügen.						
Erwerbsminderung im Sinne der gesetzl. Rentenversicherung liegt vor.	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen.						
Schwangerschaft	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte den Mutterpass oder ein ärztliches Attest beifügen.						
Kostenaufwendige Ernährung wird benötigt.	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitte Anlage 4 (ärztliche Bescheinigung) beifügen.						

IV. Krankenversicherung

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
derzeit Mitglied der Krankenkasse: Anschritt: Versicherungsnummer						
Art der Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.
Bei freiwilliger Versicherung: Höhe des monatlichen Beitrages						

Bitte den Beitragsbescheid beifügen.

V. Wohnverhältnisse

Ich bin / Wir sind Mieter / mietähnlicher Nutzungsberechtigte(r)

einer / eines Wohnung Einfamilien- / Reihenhauses

Die Grundmiete beträgt _____ €

zuzüglich Betriebskosten _____ €

und Heizkosten _____ € Heizart _____

Wohngeld wird bezogen in Höhe von _____ € bewilligt bis _____

Bitte Anlage 1 (Mietbescheinigung) beifügen.

Ich bin / Wir sind Eigentümer

einer / eines Wohnung Einfamilien- / Reihenhauses

Lastenzuschuss wird bezogen in Höhe von _____ € bewilligt bis _____

Bitte Anlage 2 (Grundstücksbogen) beifügen.

VI. Einkommen des/der Antragsteller/in und der im gemeinsamen Haushalt lebende Personen

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Art des Einkommens	€	€	€	€	€	€
Selbständige Arbeit						
Unselbständige Arbeit						
Bitte Anlage 5 (Verdienstbescheinigung) beifügen.						
Arbeitslosengeld I						
Arbeitslosengeld II						
Grundsicherung						
Unterhaltsgeld / BAB						
Sonst. Leistungen der Arbeitsagentur						
Kranken- / Mutterschaftsgeld						
Altersrente						
Erwerbsunfähigkeitsrente						
Witwenrente						
Waisenrente						
Andere Rente:						
Pension / Ruhegeld						
Leistungen nach dem LAG						
Leistungen nach dem BVG						
Versorgungsbezüge						
Kindergeld						
Elterngeld						
Unterhalt						
Unterhaltsvorschuss						
Pflegegeld						
BAföG Leistungen						
Miet-/Pachteinnahmen						
Kapitalerträge						
Eigenheimzulage						
Sonstige Einkünfte:						
a)						
b)						

VII. Bereinigung der Einkünfte

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Art der Aufwendungen	€	€	€	€	€	€
Aufwendungen für Arbeitsmittel						
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte						
Einfache Fahrtstrecke (km)						
Beträge zu Berufsverbänden						
Krankenversicherung						
Pflegeversicherung						
Rentenversicherung						
Sterbeversicherung						
Haftpflichtversicherung						
Hausratversicherung						
Sonst. Aufwendungen:						
a)						
b)						
c)						
Besondere finanzielle Belastungen (z. B. Schuldverpflichtungen) mit Begründung der Notwendigkeit						

VIII. Vermögensverhältnisse

Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein Extra-Blatt

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €
Bargeld						
Bank-/Sparkassen- /Girokonten IBAN.						
bei:						
IBAN.						
bei:						
IBAN.						
bei:						

Sonstige Sparguthaben						
Sparverträge bei:						
Bausparverträge bei:						
Aktien/Pfandbriefe /sonstige Wertpapiere						
Lebens-/Sterbegeld- versicherung (Rückkaufwert)						
Sachwerte (Schmuck, Kunstgegenstände, Sammlungen usw.)						
Kfz Modell: Baujahr: Kilometerstand: (Fahrzeugschein beifügen)						
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art Einheitswert: Verkaufswert:						
Hypotheken/Darlehen/ sonstige Forderungen Art: Schuldner:						
Sonstige Ansprüche (z. B. aus Kauf-/ Überlassungs- oder Altenteilsverträgen Art: Schuldner:						
hinterlegte Mietkaution/ Genossenschaftsanteile oder ähnliches						

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

 nein

 ja

Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben:

--	--

IX. Vorrangige Sozialleistungen

Wurde bereits ein Antrag auf die nachfolgenden Sozialleistungen gestellt?

		Wann?	Wo?	Für wen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wohngeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Leistungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
a)				
b)				
c)				

X. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes**Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein Extra-Blatt**

Person	1.	2.	3.	4.
Name				
Geburtsname				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandschafts- verhältnis zur / zum Antragsteller/in				
Anschrift: Straße, HsNr. PLZ, Ort				
Beruf				
Höhe des jährlichen Einkommens (keine Angabe notwendig bei Anträgen auf Grundsicherung)				

Höhe der lfd. Unterhaltszahlungen				
	<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 Unterhaltsanspruch gerichtlich geltend gemacht? Wenn ja wo?				
Unterhaltstitel beifügen				

XI. Sonstige vorrangige Ansprüche

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z. B. Entschädigung von einer Versicherung)?

ja nein

Wenn ja:

Art der Leistung:

Gegen wen richtet sich der Anspruch?

Wann wurde er geltend gemacht?

XII. Aufenthaltsverhältnisse

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am:

von (letzte Adresse oder Ort des Grenzübertrittes in die BRD)

Hat eine unter I. und II. genannte Person am letzten Aufenthaltsort Sozialhilfe bezogen?

ja nein

Wenn ja:

Wer?

Leistendes Sozialamt?

Hat sich eine unter I. und II. genannte Person vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o. ä.) aufgehalten?

ja nein

Wenn ja:

Name, Vorname

Name und Anschrift der Einrichtung:

Kostenträger für den Aufenthalt in der
Einrichtung:

XIII. Ergänzende Angaben

Gehört eine der unter I. und II. zu einem der nachfolgend aufgeführten Personenkreise? Wenn ja: Bitte Nachweise beifügen.

		Welche Person?
Leistungsberechtigter nach dem SGB II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Student/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Spätaussiedler/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kontingentflüchtling	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asylberechtigter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asylbewerber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

XIV. Bankverbindung

Die gegebenenfalls zu gewährende Hilfe ist auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN:

BIC / Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

Die Leistungen sollen direkt mit dem Pflegedienst / Pflegeheim / Bestattungsinstitut / Vermieter abgerechnet werden.

Name und Anschrift

IBAN:

BIC / Kreditinstitut:

XVII. Erklärungen der antragstellenden Person (oder des gesetzlichen Vertreters)**1. Wahrheit der Angaben**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, 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 Leistungen erstatten muss.

2. 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 zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch – 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 Abwesenheit (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

3. Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit den Bestimmungen des SGB XII. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I und Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu. Sofern von einem anderen Sozialhilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, können die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfeträger abgefordert werden. Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfeträgers ärztliche Berichte/Gutachten/Befunde befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, so erkläre ich mich damit einverstanden, dass der bisherige Sozialhilfeträger diese an das Sozialamt der jetzt zuständigen Gemeinde weiterleiten dar.

4. Überleitung von Ansprüchen

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen die Eltern und/oder Kinder gehen gemäß § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.

XVII. Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

XVIII. Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Beiblatt zu dem Antrag auf Leistungen nach dem _____ Kapitel SGB XII
Stand 22.11.2018

Antragsteller: _____

Einkommen (§§ 82 ff SGB XII)

Mir/uns ist bekannt, dass alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft, d.h. sowohl **aus dem Inland** als **auch dem Ausland** anzugeben sind.

Es besteht ein Anspruch auf ausländischer Rente ja nein

Bestanden Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland? ja nein

Bei ja bitte vollständig angeben und erläutern:

Name	Ort des Aufenthalts	Wohnort, Land	Erwerbstätigkeit als/ bei	Dauer der Erwerbstätigkeit

Wurde die Auslandsrente beantragt? ja nein

Wurde die Auslandsrente bewilligt? ja nein

In welcher Höhe wird sie bewilligt? _____

An wen wird die Auslandsrente ausgezahlt? _____

Es bestehen im Ausland sonstige Einnahmen

(z.B. aus Vermietung, Verpachtung) ja nein

Wenn ja, welche Einnahmen bestehen? _____

In welcher Höhe werden die Einnahmen erzielt? _____

An wen werden die sonstigen Einnahmen ausgezahlt? _____

Vermögen (§ 90 SGB XII)

Mir/uns ist bekannt, dass auch **materielle und immaterielle Vermögenswerte im Ausland** anzugeben sind.

Es ist Grundbesitz vorhanden ja nein

Es ist Immobilienbesitz vorhanden ja nein

Soweit Vermögen in Form von Grundstücken und/oder Immobilien vorhanden ist, sind folgende ergänzende Nachweise vorzubringen und möglichst Fotos vorzulegen:

Größe des Grundstückes: _____

Lage des Grundstückes: _____

Es ist sonstiges Vermögen im Ausland vorhanden ja nein
(z.B. Geldvermögen, Wertpapiere, Vermögensgegenstände)

Soweit sonstiges Vermögen im Ausland vorhanden ist, ist zu belegen, um welche Vermögenswerte es sich handelt und ob aus dem sonstigen Vermögen derzeit Einkünfte erzielt werden.

Es gelten die Hinweise und Erklärungen des Antragsvordrucks insbesondere zu den Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff SGB I und den strafrechtlichen Folgen bei falschen oder unvollständigen Angaben im Antragsvordruck.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)

Name, Vorname

Az. _____

Anschrift

Ermächtigung zur Auskunft sowie datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich habe Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragt.

Nach § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) bin ich zur vollständigen Offenlegung meiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse verpflichtet.

Ich habe daher **alle Bankverbindungen der letzten 10 Jahre** anzugeben.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich mir über die Rechtsfolgen unrichtiger bzw. unvollständiger Angaben (Verlust des Hilfeanspruches gemäß § 66 SGB I; strafrechtliche Verfolgung wegen Betrug) bewusst bin bzw. hierüber belehrt wurde. Die umseitig abgedruckten Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass evtl. Bankgebühren zu meinen Lasten gehen.

Von mir werden / wurden **in den letzten zehn Jahren** folgende Bankverbindungen unterhalten:

IBAN:	BIC	Name u. Anschrift der Bank

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich neben diesen Konten **keine weiteren Konten (auch bei anderen Banken)** unterhalte bzw. unterhalten habe.

Ich ermächtige und beauftrage hiermit die o.a. Geldinstitute zur uneingeschränkten Auskunftserteilung über die o.a. Konten, deren Bestände sowie Art und Umfang der Kontobewegungen auch für die Zeiten vor dieser Erklärung gegenüber der Stadt Ratzeburg.

Insoweit entbinde ich die Geldinstitute von der Schweigepflicht bzw. dem Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Name:

Adresse:

Die Mitarbeiter/innen der Stadt Ratzeburg, Fachdienst Soziales – allgemeine Sozialhilfe, Unter den Linden 1, 23909 Ratzeburg

und

die Pflegefachkraft des Kreises Herzogtum Lauenburg, Fachdienst Soziale Leistungen, Barlachstraße 2, 23909 Ratzeburg
sowie

die Mitarbeiter/innen des Kreises Herzogtum Lauenburg, Fachdienst Eingliederungs- und Gesundheitshilfe, Barlachstraße 2, 23909 Ratzeburg,

die Mitarbeiter/innen des Kreises Herzogtum Lauenburg, Ausländerbehörde, Barlachstraße 2, 23909 Ratzeburg,

in den Angelegenheiten der Leistungsgewährung nach dem SGB XII/AsylbLG

von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass die vorgenannten Fachdienste in Austausch treten und diesbezüglich erteilte Bescheide und vereinbarte Hilfepläne aus den geführten Betreuungsakten wechselseitig zur Kenntnis und Verfügung gebracht werden.

Ebenfalls entbinde ich meinen Vermieter

(Name und Anschrift)

von der Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass zu Sachverhalten die meine Miete, den Mietvertrag sowie die dazugehörigen Abrechnungen und Mietänderungen betreffen, Daten, Informationen und Schreiben an das Sozialamt Ratzeburg weitergegeben werden dürfen.

Die Abgabe der Erklärung erfolgt freiwillig und ist widerruflich.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – SGB I

Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen 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 diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

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

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts 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 Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen 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 Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb 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 fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren.

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

(5) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer den Betrug als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung von Straftaten nach den §§ 263 bis 264 oder 267 bis 269 verbunden hat, gewerbsmäßig begeht.

Datenschutzrechtliche Hinweise zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem _____ Kapitel Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII)

(bitte konkret ausführen, welche Leistungen beantragt wurden: Grundsicherungsleistungen, Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe zur Pflege etc.)

aufgrund des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (Art. 13, 21 Abs.4) und Änderung des Sozialgesetzbuches 1. Buch (SGB I) – Allgemeiner Teil – sowie des Sozialgesetzbuches 10 (SGB X) – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz

<p><u>Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?</u></p>	<p>Kreis Herzogtum Lauenburg Der Landrat Barlachstr. 2 23909 Ratzeburg</p> <p>Tel.: 04541/888-0 Fax.: 04541/888-306 E-Mail: info@kreis-rz.d</p>	<p align="center"><u>Wer ist der behördliche Datenschutzbeauftragte und wie erreiche ich ihn?</u></p>	<p>Kreis Herzogtum Lauenburg Der Landrat Datenschutzbeauftragter Am Markt 10 23909 Ratzeburg</p> <p>Tel.: 04541/888-480 Fax: 04541/888-403 E-Mail: datenschutz@kreis-rz.de</p>	<p align="center"><u>An welche Aufsichtsbehörde kann ich mich wenden?</u></p>	<p>Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein Holstenstr. 98 21403 Kiel</p> <p>Tel.: 0431/988-1200 Fax: 0431/988-1223 E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de</p>
<p>Wofür werden meine Daten verarbeitet?</p>	<p>Ihre Daten werden verarbeitet, um unter anderem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ihren individuellen Bedarf zu ermitteln, - zu prüfen, ob die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen, - die Leistungsgewährung mit den Trägern anderer Sozial- und Rehabilitationsleistungen zu koordinieren - den Nachrang der Sozialhilfe wieder herzustellen; dazu werden von hier vorrangige Ansprüche die Sie gegen Dritte haben, geltend gemacht und durchgesetzt. 				
<p>Wer erhält meine Daten?</p>	<p>Zu den oben genannten Zwecken werden Ihre Daten unter Umständen an Träger anderer Sozialleistungen und Institutionen wie z.B. die Kranken- und Pflegekasse, die Rentenversicherung, die Eingliederungshilfe, die örtlichen Sozialämter, Unterhalts- und Kostenerstattungspflichten weitergegeben. Es werden nur die Daten weitergegeben und erhoben, die zur Prüfung und Entscheidung Ihrer beantragten Leistung erforderlich sind.</p>				
<p>Auf welcher Rechtsgrundlage werden meine Daten verarbeitet?</p>	<p>Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1e DSGVO in Verbindung mit §§ 67 ff Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X) verarbeitet. Die Datenweitergabe erfolgt auf gleicher Grundlage.</p>				
<p>Wie lange werden meine Daten gespeichert?</p>	<p>Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer des Leistungsbezuges nach dem SGB XII bis zum Ablauf der geltenden Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) des Einheitsaktenplanes gespeichert. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt die Löschung der Daten. Innerhalb dieses Zeitraumes besteht kein Recht auf Löschung.</p>				
<p>Welche Rechte habe ich?</p>	<p>Sie haben das Recht auf,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auskunft über die erfassten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (z.B. Geburtsdatum, Name, Anschrift), • Auskunft über die Empfänger denen Ihre Daten offen gelegt werden, • Berichtigung und Vervollständigung von Daten, • Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten, deren Speicherung nicht mehr erforderlich ist, <p>Sie haben ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten. Der Widerspruch bewirkt, dass die personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeitet werden. Das Recht auf Widerspruch gegenüber einer öffentlichen Stelle besteht nicht, soweit an der Verarbeitung ein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das die Interessen der betroffenen Person überwiegt, oder eine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung von Sozialdaten verpflichtet. Sollten Sie der Verarbeitung von Daten</p>				

	<p>widersprechen, die für die laufende Leistungsgewährung verarbeitet werden müssen, z.B. Daten über Einkommen und Vermögen, müssen die Leistungen mit Wirkung für die Zukunft eingestellt werden.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Sachbearbeitung besteht kein Recht auf Datenübertragung nach Art. 20 DSGVO, da die Datenverarbeitung bei der Sozialverwaltung im öffentlichen Interesse liegt (Art. 20 Abs. 3 DSGVO).</p>
Informationspflicht	<p>Sollen personenbezogene Daten zu einem späteren Zeitpunkt zu vom Antragsverfahren abweichenden Zwecken weiterverarbeitet werden, haben Sie ein Recht auf den vorherigen Erhalt von Informationen über den Grund dieser Weiterverarbeitung.</p> <p>Werden personenbezogenen Daten nicht bei Ihnen erhoben, besteht hinsichtlich der Einzelheiten eine Informationspflicht des Sozialhilfeträgers, sofern die ermittelten Daten nicht schon bekannt sind oder die Mitteilung aufgrund gesetzlicher Vorgaben ausgeschlossen ist.</p> <p>Der Umfang der Informationspflicht ergibt sich aus dem Art. 13 und 14 DSGVO.</p>
Bin ich verpflichtet meine Daten darzulegen?	<p>Um über Ihren Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII entscheiden zu können, ist es erforderlich, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben werden. Die rechtliche Grundlage hierfür ergibt sich aus der Vorgabe des § 60 SGB I. Danach haben Sie alle Daten dazulegen, die benötigt werden, um Ihren Bedarf festzustellen, über die Beteiligung anderer Leistungsträger zu entscheiden, die Voraussetzungen für die Gewährung der infrage kommenden Leistungen zu prüfen und die Leistungen zu erbringen.</p> <p>Auf Kontoauszügen dürfen der Verwendungszweck oder der (die) Zahlungsempfänger(in) – nicht jedoch die Höhe des Betrages geschwärzt werden, falls es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten handelt, aus denen rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftsangehörigkeit hervorgehen. Ferner betrifft dies genetische und biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung (Art. 9 Abs. 1 DSGVO). In allen übrigen Fällen müssen sämtliche Angaben auf den Kontoauszügen lesbar bleiben.</p>
Automatisierter Datenabgleich	<p>Personen, die Leistungen nach dem SGB XII mit Ausnahme des 4. Kapitels (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) beziehen, können im Wege des automatisierten Datenabgleichs dahingehend überprüft werden, ob die Angaben zum Einkommen und Vermögen zutreffend sind. Soweit dies zur Feststellung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich ist, besteht gemäß § 93 Abs. 6 der Abgabenordnung für das Bundesamt für Steuern die Verpflichtung entsprechende Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für die nach § 45d Abs. 1 und 45e des Einkommenssteuergesetzes zu übermittelnden Daten. Darüber hinaus haben die Bundesagentur für Arbeit sowie die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung Angaben zum Leistungsbezug zu machen. Weiterhin dürfen über sämtliche Leistungsbezieher nach dem SGB XII Informationen bei anderen Trägern der Sozialhilfe eingeholt werden. Es wird auf die Bestimmungen des § 118 SGB XII verwiesen.</p>
Welche Folgen hat es, wenn ich meine Daten nicht darlege?	<p>Wenn Daten, die für die Entscheidung über die beantragte Leistung erheblich sind, nicht angegeben werden und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird, kann nicht geprüft werden, ob ein Leistungsanspruch besteht. Die materielle Beweislast liegt bei Ihnen. Infolge dessen kann über Ihren Antrag nicht abschließend beschieden und die beantragte Leistung nicht bewilligt werden.</p>
Beschwerde	<p>Sollten Sie mit den Auskünften Ihres Sozialleistungsträgers (Sozialamtes) beziehungsweise mit der von diesem vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sind, können Sie sich mit einer Beschwerde an den Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde wenden. Die Kontaktdaten finden Sie auf Seite 1 dieses Blattes.</p>