

<h1 style="margin: 0;">Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe</h1>	Eingangsdatum:
	Aktenzeichen: 4015-

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in stationären Einrichtungen (ggf. mit Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII) und/oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII))

sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe (Sechstes Kapitel SGB XII), und zwar:

sonstige Leistungen nach dem SGB XII, und zwar:

**Antragsbegründung/Art der beantragten Maßnahme bzw. Leistung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Persönliche Verhältnisse:	der nachfragenden Person	des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) oder der Eltern (wenn nachfragende Person minderjährig und ledig)	
		<input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<b>Name</b> (ggf. Geburtsname angeben)			
<b>Vorname/n</b>			
<b>Geburtsdatum</b>	____.____.____	____.____.____	____.____.____
<b>Geburtsort / Kreis</b>			
<b>Familienstand</b> (wenn geschieden: Urteil beifügen!)			
<b>Staatsangehörigkeit</b> (ggf. weitere)			
<b>Aufenthaltsstatus (ausländische Mitbürger)</b>			
<b>Wohnort</b>			
<b>Straße, Nr.</b>			
<b>Telefon</b>			
<b>Ausweisdokument</b>			
<b>Nummer des Ausweisdokuments</b>			
<b>Rentenversicherungsnummer</b>			
<b>Steuer-ID (11-stellig)</b>			

<b>Gesetzliche Betreuung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte rechts ankreuzen ⇒ wenn ja, bitte Name und Adresse des Betreuers angeben und <b>Bestellungsurkunde beifügen!</b>	<i>Name, Vorname</i> _____  <i>Adresse</i> _____ _____  <i>Telefon</i> _____	<input type="checkbox"/> <b>alle Aufgabenkreise</b> <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Ämter- u. Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <b>mit Einwilligungsvorbehalt für folgende Aufgabenkreise:</b> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
---	--	--	---

<b>Schwerbehindertenausweis vorhanden?</b> (bitte Kopie beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ja GdB _____ Merkzeichen _____ Gültig bis _____.____.____	_____ _____ _____
<b>Schulabschluss</b>	_____	_____
<b>Erlerner Beruf</b>	_____	_____
<b>Derzeitige Tätigkeit</b>	_____	_____

**2. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)**

<b>Nachfragende Person</b>		<b>Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)</b>	
Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse	
<b>Versicherungs-/Mitgliedsnummer</b>	<b>Ggf. Pflegegrad</b>	Versicherungs-/Mitgliedsnummer	
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:		Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:	
Name, Vorname	Geburtsdatum	Name, Vorname	Geburtsdatum
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer	

Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 SGB V Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich folgende gesetzliche Krankenversicherung im Bereich des Sozialhilfeträgers zu meiner Krankenkasse (gilt nur für Maßnahmen in stationären Einrichtungen):

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

**3. Familienverhältnisse:** Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z. B. Ehepartner(in), Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Pflegeeltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.):

	1	2	3	4	5
<b>Name (ggf. auch Geb.-name), Vorname</b>					
<b>Geburtsdatum</b>	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Geburtsort</b>					
<b>Familienstand</b>					
<b>Verwandtschaftsverhält. z. nachfr. Person</b>					
<b>Wurde Unterhaltsanspr. geltend gemacht?</b>	<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 - _____ €
<b>Beruf</b>					

**4. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft**

(Kinder, auch aus früheren Ehen – nichteheliche Kinder, Adoptivkinder, elternlose Enkel, Eltern [auch verstorben], Großeltern, getrennt lebender Ehegatte):

Name (ggf. Geburtsname) Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverh. zur nachfragenden Person	Familienstand	Unterhaltsanspruch geltend gemacht?	Beruf	Wohnort Straße, Nr.	Ggf. verstorben am
1.	_____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			_____
2.	_____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			_____
3.	_____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			_____
4.	_____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			_____
5.	_____			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €			_____

**5. Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person:**

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgt am: \_\_\_\_\_ VON (letzte Adresse): \_\_\_\_\_

Wurde bereits Sozialhilfe geleistet?  
 nein  
 ja, von folgendem Sozialamt: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z. B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt, Pflegefamilie, eigene Wohnung etc.)

von – bis	In (Zeiten, Orte, ggf. mit Kreiszugehörigkeit, lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung
_____ - _____	_____	<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

Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung \_\_\_\_\_ Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung \_\_\_\_\_

**6. Einkommensverhältnisse des Hilfesuchenden und der im Haushalt lebenden Personen (§§ 82 ff. SGB XII):**

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleistungen für zusammenhängende 12 Monate beifügen)

Art des Einkommens monatlich EUR	Nachfragende Person	Ehegatte/Lebenspartner		oder	Vater
		Mutter			
Arbeitseinkommen	€	€	€	€	€
Sonderzahlung (Weihnachts-, Urlaubsgeld, Gratifikationen etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ / _____ € (Zahlmonat) (Betrag)
Eink. aus Gewerbe, Handel	€	€	€	€	€
Miet- u. Untermieteinnahmen	€	€	€	€	€
Eink. aus Landwirtschaft oder Pachtvertrag	€	€	€	€	€
Pensionen, Versorgungsbezüge u. ä.	€	€	€	€	€
Kindergeld Kindergeld-Nr.: _____	€	€	€	€	€
Elterngeld	€	€	€	€	€
Krankengeld	€	€	€	€	€
Pflegegeld	€	€	€	€	€
<b>Renten aus der Sozialversicherung</b>					
<input type="checkbox"/> Altersrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Witwen/-r, Waisenrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> befristet bis _____	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> unbefristet	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unfallrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Betriebsrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Leibrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> sonst. Rente	€	€	€	€	€
Leistungen der Agentur für Arbeit / des Leistungszentrums <input type="checkbox"/> ALG I, <input type="checkbox"/> ALG II etc.)	€	€	€	€	€
<b>Sonstige Einkünfte:</b>					
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Grundsicherung	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> BAföG-Leistungen	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhalt	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> _____	€	€	€	€	€

**7. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und besondere finanzielle Belastungen (Bitte Nachweise beifügen)**

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

Art der Belastung	Nachfragende Person (NP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)		Art der Belastung	Nachfragende Person (NP)	Andere Person gem. Ziff. 3 Unterziffer 1 - 5 (siehe oben)	
		Uz				Uz	
Krankenversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Hausratversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Pflegeversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Haftpflchtversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Rentenversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Beiträge Berufsverband	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Altersvorsorgebeiträge	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	PKW-Haftpflichtvers.	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Unfallversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	Arbeitsmittel	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Sterbeversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	<b>Fahrtkosten Arbeitsplatz</b>			
Lebensversicherung	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	- m. öffentl. Verkehrsmittel	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Rechtsschutzvers.	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	- mit PKW	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
Berufsunfähigkeitsvers.	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €	- mit Motorrad/ -roller	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
				- mit Mofa	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
				sonstige absetzbare Beträge (Tilgung Schulden)	*mtl./jährl. _____ €		*mtl./jährl. _____ €
<b>NP</b>	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz) und sonstigen abzusetzenden Beträgen – auch Schulden						
<b>Uz</b>							

**8. Kosten der Unterkunft (§ 29 SGB XII)**

Ich bin / Wir sind <input type="checkbox"/> Mieter(in) <input type="checkbox"/> mietähnlich/Nutzungsberechtigte(r) von Wohnraum <i>(Mietvertrag/-bescheinigung beifügen)</i>	
Miete beträgt _____ € <small>(Kaltmiete zzgl. Vorauszahlung für Betriebskosten)</small>	Wohngeld wird gezahlt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____._____._____ <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid beifügen)
Heizkosten betragen _____ €	Bewilligt von – bis _____ - _____ - _____ monatlich gewährtes Wohngeld beträgt _____ €

**9. Haus- und Grundbesitz**

Ich bin / Wir sind Eigentümer von Haus und Grund  nein  ja → bitte Anlage G anfordern!

**10. Vermögen (§ 90 SGB XII)**

**Spar- und Bankguthaben (auch Sparverträge, z. B. vermögenswirksames Sparen, Bausparverträge etc.):**

Ich / Wir habe(n) kein Spar- und Bankguthaben  
 Ich / Wir habe(n) Spar- und Bankguthaben bei:

Geldinstitut	IBAN (Konto) oder Vertragsnummer BIC	Nachfragende Person €	Ehegatte/Lebenspartner – Eltern bei Minderjährigen €
	IBAN: _____ BIC: _____		

Nachweise sind beizufügen!

**Sonstige Vermögenswerte:**

Ich / Wir habe(n) kein sonstiges Vermögen  
 Ich / Wir habe(n) Vermögenswerte in folgender Form:

Art des Vermögens	Nachfragende Person €	Ehegatte/Lebenspartner – Eltern bei Minderjährigen €
<b>Bargeld</b>		
<b>Aktien, Pfandbriefe, Schatzbriefe, sonst. Wertpapiere</b>		
Art der Einlage _____ ggf. Vertrags-/Depot-Nr.: _____		
<b>Hypotheken, Darlehen, sonst. Forderungen</b>		
Art der Forderung _____ ggf. Vertrags-Nr.: _____		
<b>Lebens-, Sterbe- und private Rentenversicherungen</b>		
Art der Einlage _____ ggf. Vertrags-/Depot-Nr.: _____		
<b>Sachwerte (z. B. *PKW, Schmuck, Kunstgegenstände etc.)</b>		
Art des Sachwertes _____ ggf. Fahrzeugschein beifügen		
<b>Weiterer Grundbesitz, Wohnungs- u. Miteigentum</b>		
→ Bitte Anlage G anfordern!		
<b>Anlage- und Betriebsvermögen</b>		
Art / nähere Bezeichnung _____		
<b>Ich / Wir habe(n) Ansprüche aus:</b>		
Altenteilsvertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Überlassungsvertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Erbanspruch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Leibrentenvertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Kaufvertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		
Sonstige Sachwerte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →		

Ich / Wir habe(n) in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Grundbesitz, Bargeld, Kfz. etc.)

nein  ja, folgendes:

Art/Bezeichnung	Wert in €	Empfänger (Name, Geburtsdatum, Anschrift)

**11. Sonstiges:**

a.	Sind Sie Kriegsbeschädigter oder –hinterbliebener?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b.	Sind Kinder oder Enkel d. Hilfesuchenden durch Kriegs-, Wehrdienst – od. Schädigungsfolgen verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Falls ja: Name, Geburtsdatum; wann und wo verstorben:	
c.	Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____ am _____
d.	Falls der Antrag abgelehnt wurde	wann _____ warum _____
e.	Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ am _____
f.	Opfer von Gewaltverbrechen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ am _____
g.	Behinderung durch Unfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____ (Verursacher) am _____
h.	Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?	

**Nicht geklärte Ansprüche:**

Glaubt die nachfragende Person oder ihr Ehegatte, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält:

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

wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

**Bankverbindung der nachfragenden Person:**

IBAN (Konto)	BIC	Kreditinstitut
Kontoinhaber		

**Erklärung der nachfragenden Person und seines Ehegatten/Lebenspartner/Lebensgefährten, bei Minderjährigen des/der Personensorgeberechtigten:**

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfestellung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Krankenhaus- oder Heimaufnahme, vorübergehende Abwesenheit von 2 oder mehr Monaten) sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Über die bestehenden Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 – 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich informiert; der Erhalt der Anlage „Mitwirkung des Leistungsberechtigten“ wird bestätigt.

Eine Erhebung der vorstehend aufgeführten Daten erfolgt nach den Bestimmungen des SGB XII i. V. m. den §§ 60 ff. SGB I sowie §§ 67 ff. SGB X. Gemäß § 118 Abs. 1 SGB XII können die dort bestimmten Daten anderer Sozialhilfeträger und anderer Sozialleistungsträger, den Arbeitsämtern, den gesetzlichen Trägern der Unfall-, Renten- oder Krankenversicherung, dem Bundesamt für Finanzen abgeglichen werden. Die erhobenen Daten werden maschinell verarbeitet, gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an eine zentrale Vermittlungsstelle übermittelt (§ 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII – Sozialhilfedatenabgleichsverordnung [SozihiDAV]).

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person oder gesetzliche Vertretung	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	Unterschrift des Aufnehmenden
------------	--	--	-------------------------------

**Folgende Anlagen sind beigelegt:**

<input checked="" type="checkbox"/> Anlage Mitwirkungspflichten	<input checked="" type="checkbox"/> Anlage „Information über die Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“
<input checked="" type="checkbox"/> Anlage „Informationspflichten nach Artikel 13 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)“	<input checked="" type="checkbox"/> Anlage Selbstauskunftsbogen
<input checked="" type="checkbox"/> Erklärung zur Informationspflicht (DSGVO) <input checked="" type="checkbox"/> Bitte unbedingt ausfüllen und unterzeichnen!	<input checked="" type="checkbox"/> Anlage Schweigepflichtentbindung / Einwilligungserklärung

## **Anlage M: Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

**- Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Allgemeiner Teil -**

### **§ 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.

### **§ 61 Persönliches Erscheinen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

### **§ 62 Untersuchungen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

### **§ 63 Heilbehandlung**

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

### **§ 64 Berufsfördernde Maßnahmen**

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

## § 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ [60](#) bis [64](#) bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,

können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehenden Personen (§ 383 Abs. [1](#) Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert 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.

## **Informationspflichten nach Artikel 13 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung**

Ab dem 25. Mai 2018 entfaltet die Europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) unmittelbare Wirkung. Gemäß Artikel 13 DSGVO müssen betroffene Personen einer Datenverarbeitung zum Zeitpunkt der Datenerhebung über verschiedene Details hierzu informiert werden.

### **1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?**

Verantwortliche Stelle ist:

Name: Kreis Steinburg - Der Landrat -  
Adresse: Viktoriastr. 16/18, 25524 Itzehoe  
Telefon: 04821 / 69 - 0  
Telefax: 04821 / 69 - 356  
E-Mail: info@steinburg.de

### **2. Wer ist mein Ansprechpartner bei Fragen zum Datenschutz in der Kreisverwaltung?**

Unsere behördliche Datenschutzbeauftragte ist:

Name: Amrei Greiner  
Postadresse: Viktoriastr. 16/18, 25524 Itzehoe  
Besuchsadresse: Lindenstr. 61, 25524 Itzehoe  
Telefon: 04821 / 69 - 515  
Telefax: 04821 / 69 - 356  
E-Mail: datenschutz@steinburg.de

Bei Fragen zum Datenschutz und zur Wahrnehmung Ihrer Rechte setzen Sie sich gerne mit unserer behördlichen Datenschutzbeauftragten in Verbindung.

### **3. Zu welchem Zweck verarbeiten wir Ihre Daten?**

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO und dem Landesdatenschutzgesetz des Landes Schleswig-Holstein (LDSG). Für die Bearbeitung besteht eine Rechtsgrundlage oder es liegt Ihre schriftliche Einwilligungserklärung vor.

### **4. Werden meine Daten weitergegeben?**

Innerhalb der Kreisverwaltung Steinburg erhalten nur diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung Ihrer Aufgaben benötigen. Die Zulässigkeit der Datenverarbeitung richtet sich dabei nach Art. 6 DSGVO.

Grundsätzlich geben wir Ihre Daten nicht an Dritte weiter. In bestimmten Fällen haben wir für eine solche Weitergabe eine Rechtsgrundlage oder Ihre Einwilligungserklärung.

In einigen Fällen werden Daten außerhalb der Kreisverwaltung verarbeitet. Hierbei handelt es sich um eine Verarbeitung im Auftrag des Kreises als Verantwortlichen gemäß Art. 28 DSGVO. Diese Auftragsverarbeiter können im Rahmen der beauftragten Zwecke personenbezogene Daten erhalten. Sie sind vertraglich zur strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verpflichtet und sind dem Kreis gegenüber entsprechend nachweislich.

## **5. Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?**

Eine Datenübermittlung in Drittstaaten (Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes – EWR) oder an internationale Organisationen findet nicht statt. Ausnahmen können eine gesetzliche Verpflichtung oder eine von Ihnen erteilte Einwilligungserklärung sein.

## **6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?**

Ihre Daten werden für die Dauer des Verwaltungsverfahrens und im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und gespeichert. Darüber hinaus unterliegt die Kreisverwaltung verschiedenen Dokumentationspflichten, die sich aus den Gesetzen und Verwaltungsregelungen ergeben.

## **7. Was sind Ihre Rechte als Betroffener der Datenverarbeitung?**

Jede betroffene Person hat folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO,
- Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO
- Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO,
- Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO und
- Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO.

Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen des LDSG.

## **8. Widerrufsmöglichkeiten bei Einwilligungserklärungen**

Im Falle einer Datenverarbeitung nach erteilter Einwilligungserklärung haben Sie ein jederzeitiges Widerrufsrecht. Ein Widerruf ist jedoch nur für die Zukunft wirksam. Verarbeitungen, die bereits vor dem Widerruf erfolgt sind, bleiben davon unberührt.

## **9. Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der Aufsichtsbehörde. In Schleswig-Holstein ist dies das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz (ULD) in Kiel.

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz, Holstenstr. 98 in 24171 Kiel,

Telefon: 0431 988-1200

E-Mail: [mail@datenschutzzentrum.de](mailto:mail@datenschutzzentrum.de)).

## **10. Besteht eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?**

Sie müssen nur uns diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Durchführung des Verwaltungsverfahrens erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind.

Im Regelfall sind diese Daten offensichtlich erforderlich. Gerne beantworten wir hierzu Ihre Fragen.

## **11. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?**

Wir treffen in den einzelnen Verwaltungsverfahren grundsätzlich keine vollautomatisierten Entscheidungen gem. Art. 22 DSGVO. Ebenso wird in der Kreisverwaltung kein Profiling durchgeführt.

## **12. Welche Quellen und Daten nutzen wir?**

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir für die Bearbeitung Ihres Anliegens von Ihnen erhalten. Darüber hinaus verarbeiten wir personenbezogene Daten, die für die Erbringung unserer Dienstleistungen bzw. zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich sind. Diese Daten haben wir entweder von anderen Ämtern bzw. Abteilungen unseres Hauses oder von Dritten aufgrund einer Rechtsgrundlage oder einer vorliegenden Einwilligungserklärung erhalten.

Weiter verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnissen, Grundbüchern, Handels- und Vereinsregistern, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
geb.: \_\_\_\_\_  
Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_

## **Erklärung zur Informationspflicht nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Einwilligung**

Ich bin gem. Art. 13 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über verschiedene Details zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Leistungsgewährung informiert worden und bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Ermittlung eines Teilhabebedarfes und zur Berechnung von Leistungen in der EDV-Anlage gespeichert werden.

Ich stimme zu.

Ich stimme nicht zu.

Sollten Sie der weiteren Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht zustimmen, lesen Sie bitte die umseitige Anlage „Information über die Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Information über die Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen**

### **1. Wofür werden meine Daten verarbeitet?**

Ihre Daten werden verarbeitet um

- a. Ihren individuellen Teilhabebedarf zu ermitteln,
- b. zu prüfen, ob die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe vorliegen,
- c. die Leistungsgewährung mit den Trägern anderer Sozial- oder Teilhabeleistungen zu koordinieren,
- d. die Leistungen mit Ihrem Maßnahme Träger / Ihren Maßnahme Trägern (z.B. der Werkstatt für behinderte Menschen, dem Anbieter für ambulante Betreuung) abzurechnen und
- e. den Nachrang der Eingliederungshilfe wiederherzustellen.

### **2. Auf welcher Rechtsgrundlage werden meine Daten verarbeitet?**

Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 e in Verbindung mit Abs. 2 DSGVO in Verbindung mit §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verarbeitet.

### **3. Wer erhält meine Daten?**

Zu den oben genannten Zwecken werden Ihre Daten evtl. weitergegeben an Träger anderer Sozial- oder Rehabilitationsleistungen (z.B. die Kranken- oder Pflegekasse, die Rentenversicherung), das Sozialamt des Kreises Steinburg oder das Sozialamt Ihres Wohnortes, Unterhalts- oder Kostenerstattungspflichtige usw.

Es werden selbstverständlich nur so viele Daten weitergegeben, wie zum Erreichen des Zwecks erforderlich ist.

### **4. Bin ich verpflichtet, meine Daten preiszugeben?**

Gemäß § 60 Abs. 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Sie haben daher alle Daten preiszugeben, die ich benötige, um im Rahmen des Gesamtplanverfahrens Ihren Bedarf an Rehabilitations- und anderen Sozialleistungen festzustellen, über die Beteiligung anderer Rehabilitations- und Leistungsträger zu entscheiden, die Gewährungsvoraussetzungen der infrage kommenden Leistungen zu prüfen und die Leistungen zu erbringen.

### **5. Welche Folgen hat es, wenn ich meine Daten nicht preisgebe?**

Wenn Sie Daten, die für die Leistung erheblich sind, nicht preisgeben und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird, kann ich die Leistung ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagen bis die Mitwirkung nachgeholt wurde, soweit die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer:
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer):		Familienstand
Schulabschluss	Ausbildungsabschluss	Beruf/Beschäftigungsverhältnis

<b>Selbstauskunftsbogen</b>		
<b>zum Antrag auf Eingliederungshilfe gem. §§ 53, 54 SGB XII</b>		

<b>I. Ich möchte durch folgende Maßnahme(n) gefördert werden (Bitte ankreuzen)</b>	
<input type="checkbox"/> Ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum	<input type="checkbox"/> Offenes Wohnheim
<input type="checkbox"/> Betreute Wohngruppe (teilstationär)	<input type="checkbox"/> Geschlossenes Wohnheim
<input type="checkbox"/> Tagesstätte	<input type="checkbox"/> Übergangseinrichtung
<input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Werkstatt für psychisch Behinderte	<input type="checkbox"/> _____

Ich wünsche durch folgende Einrichtung betreut zu werden:

Ich habe keinen besonderen Wunsch und bitte um eine Empfehlung.

<b>II. Ich schätze meine derzeitige Lebenssituation wie folgt ein:</b>				
<b>Situation</b>	<b>gut</b>	<b>zufriedenstellend</b>	<b>schlecht</b>	
Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beziehung zur Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beziehung zum Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freizeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>III. Ich schätze meine persönlichen Fähigkeiten wie folgt ein:</b>				
<b>Fähigkeiten</b>	<b>gut</b>	<b>zufriedenstellend</b>	<b>schlecht</b>	
meinen Tagesablauf zu gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflege der Wohnung und Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Behördengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freizeitaktivitäten gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freundschaften aufbauen und erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mit anderen Menschen Kontakt knüpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mit meinen Einschränkungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

--	--	--	--	--

**IV. Ich erhalte derzeit Unterstützung durch folgende professionelle Fachdienste / Ärzte / Therapeuten / Freunde / Angehörige / sonstige Personen und Dienste**

Name	Anschrift	Telefonnummer

Wie stellt sich diese Unterstützung dar?


**V. Welche Ziele haben Sie bezüglich Ausbildung / Beruf / Beschäftigung / Wohnen / eigenes Einkommen / soziale Kontakte / Umgang mit der Erkrankung / Freizeitgestaltung?**


**VI. Wie können diese Ziele Ihrer Meinung nach erreicht werden?**


Beim Ausfüllen dieses Bogens wurde ich unterstützt  nein  ja, durch:

--

aufgrund des Gesundheitszustandes ist eine persönliche Selbsteinschätzung nicht möglich

--

Ort, Datum

Unterschrift nachfragende Person / gesetzl. Betreuung

Behörde

Kreis Steinburg  
 Kreissozialamt/Eingliederungshilfe  
 Postfach 1632  
 25506 Itzehoe

Az.: 4015-

Anlage SA

Kreis Steinburg, Der Landrat, Kreissozialamt,  
Viktoriastr. 16 – 18, 25524 Itzehoe

Az.: 4015-\_\_\_\_\_

## Erhebung persönlicher Daten/Vorlage von Unterlagen

Zur Vorlage beim Kreis Steinburg, Der Landrat, Kreissozialamt, Viktoriastr. 16 – 18  
in 25524 Itzehoe.

### **Wichtiger Hinweis:**

Zur Bearbeitung Ihres Antrages und zur Feststellung Ihres Leistungsanspruches nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sind Daten zu erheben und Unterlagen vorzulegen. Vorrangig hat die Datenerhebung bei Ihnen als Antragsteller/in zu erfolgen. Die beizubringenden Unterlagen/Angaben sind von Ihnen selbst zu beschaffen.

**Als Serviceangebot** biete ich Ihnen die Einholung der Auskünfte durch mich als Leistungsträger der Sozialhilfe an. Dazu bitte ich Sie, die anliegenden „Entbindungs-/Einwilligungserklärungen zur Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)“ auszufüllen und unterschrieben an mich zurückzugeben.

Mit den Entbindungs-/Einwilligungserklärungen geben Sie dem Kreissozialamt die Befugnis, sich die erforderlichen Daten direkt zu beschaffen. Dieses kann zur Beschleunigung des Verfahrens führen.

Sofern Sie mit diesem Verfahren nicht einverstanden sind, also die Ihnen vorgelegten Einwilligung-/Entbindungserklärungen nicht unterschreiben, bleiben Sie in der Pflicht, die Angaben selbst zu machen und zu belegen.

Sofern der Leistungsträger die erforderlichen Angaben bzw. Unterlagen nicht erhält, kann eine Leistung gemäß § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) gänzlich oder in Teilen versagt werden (siehe Anlage Mitwirkung).

Die Entbindungs- /Einwilligungserklärungen werden von Ihnen freiwillig erteilt.

Die Entbindungs- /Einwilligungserklärungen können Sie jederzeit widerrufen.

**Entbindungs-/Einwilligungserklärungen zur Einleitung von Maßnahmen  
der Eingliederungshilfe nach dem  
Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

**Persönliche Angaben:** (vom Antragsteller/ von der Antragsteller/in bzw. gesetzlichem/r Vertreter/in selbst auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Wohnort, Straße, ggf. Telefon-Nummer (Festnetz und Mobilfunk)

**Behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten bzw. bei bestehendem  
Betreuungsverhältnis des Betreuers/ der Betreuerin**

(bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) und zur Hilfeplanung benötigt. Im Rahmen der Erstberatung soll Ihre aktuelle Situation und Ihr Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Ich weise Sie darauf hin, dass Sie bzw. Ihre Betreute/Ihr Betreuer im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind/ist,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie folgende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können oder wollen. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I).

### **Einwilligungserklärung / Einholung von Auskünften/Untersuchung**

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antragsverfahren angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, nämlich

- Hausarzt: \_\_\_\_\_
- Facharzt: \_\_\_\_\_
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Steinburg
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### **Übermittlung von Daten an den Träger der Sozialhilfe**

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitliche Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Sozialhilfeträger übermittelt werden. Das gilt auch für Leistungsansprüche nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) durch das Jobcenter SGB II bzw. für Leistungsansprüche nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) durch die Agentur für Arbeit.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kreissozialamt des Kreises Steinburg Daten zu meiner Leistungsberechtigung und möglichen Ansprüchen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) beim Jobcenter SGB II bzw. für Leistungsansprüche nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) bei der Agentur für Arbeit erheben kann.

Ja  Nein

### **Übermittlung von Daten durch den Sozialhilfeträger**

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung der/dem zuständigen

- Einrichtung       Agentur für Arbeit/ Jobcenter       Sozialpsychiatrischer Dienst
- 

übermittelt werden dürfen.

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber dem Kreis Steinburg, Der Landrat, Kreissozialamt, zu, soweit sie zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) erforderlich sind.

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

Klinik/ Fachkrankenhaus: \_\_\_\_\_

## Weitergabe von Daten an andere Dritte

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger und an ärztliche Gutachter (hier: Kreisgesundheitsamt des Kreises Steinburg) weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

Ja  Nein

## Widerspruchsrecht / Widerruf Einwilligung

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab und jederzeit für die Zukunft widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Die Entbindungs-/Einwilligungserklärungen kann ich jederzeit widerrufen.

Die Einwilligungserklärung wurde von mir freiwillig erteilt.

Meine Einwilligungen kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung (siehe Anlage Mitwirkung) wurde ich hingewiesen.

Ja  Nein

---

Ort und Datum, **Unterschrift** des/der Antragstellers/in bzw. rechtlichen Vertretung