Eingangsdatum/Handzeichen

**Antrag auf Gewährung von Leistungen**

**nach dem SGB XII – Sozialhilfe–**

**häusliche Hilfe zur Pflege / Weiterführung des Haushalts**

**Blindenhilfe**

**Heimunterbringung vollst. incl. Grundsicherung oder Kurzzeitpflege**

**1. Persönliche Verhältnisse:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hilfesuchende/r** | **Ehegatte****Lebensgefährte/-partner(in)** |
| Nachname |  |  |
| Geburtsname |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Geburtsort |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |
| Wohnort (vor Heimaufnahme)  Straße und Hausnummer |  |  |
| Telefonnummer |  |  |
| Betreuer/in:  Name, Vorname  Straße/Nr.  Wohnort |  |  |
| Schwerbehindertenausweis | ja MdE: \_\_\_\_\_\_ % | nein |
| Vertriebener/Flüchtling | ja Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_\_\_ | nein |
| Familienstand: | ledig |  |
|  | verh. seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | verw. seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | getrennt leb. seit \_\_\_\_\_\_ |  |
|  | geschieden am \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Geschäftsz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen, ggfs. in welcher Höhe ?

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

**2. Im Haushalt des/der Hilfesuchenden leben noch folgende Personen:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Geburts-datum | Familien-stand | Verwandtschafts-verhältnis | Arbeitgeber |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3. Außerhalb des Haushalts lebende Kinder/Eltern:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname  Anschrift | Geburts-datum | Familien-stand | Verwandtschafts-verhältnis | Arbeitgeber |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4. Aufenthaltsverhältnisse des Antragstellers:**

Bestanden Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ? ja / nein

Bei ja bitte vollständig angeben und erläutern:

Dauer des Aufenthalts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort, Land \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erwerbstätigkeit als/ bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeit der Erwerbstätigkeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnhaft unter vorstehender Anschrift (Wohnung) seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heimaufnahme am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vollständige Adresse des Heimes:

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

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

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

Auf wessen Veranlassung und aus welchen Gründen erfolgte die Heimaufnahme:

**5. Einkommensverhältnisse (Belege beifügen):**

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art des Einkommens** | **Hilfesuchende/r** | **Ehefrau/mann** |
| Erwerbseinkommen | € | € |
| Altersrente | € | € |
| Witwenrente | € | € |
| Erwerbsunfähigkeitsrente | € | € |
| Unfallrente | € | € |
| Landw. Altersgeld | € | € |
| Zusatzrente von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € | € |
| Unterhaltshilfe | € | € |
| Miet/Pachteinnahmen | € | € |
| Leibrente | € | € |
| Wohngeld | € | € |
| Grundsicherung, SGB II Leistungen | € | € |
| Leistungen Versorgungsamt  Grundrente  Ausgleichsrente  Berufs/Schadensausgleich  Elternrente | € | € |
| Leistungen der Pflegekasse  bisheriger Pflegegrad \_\_\_\_\_ | € | € |
| sonstige Einkünfte:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € | € |

**Bitte fügen Sie eine Auskunft des Rententrägers zum Vorliegen der mindestens 33 Jahre Grundrentenzeiten bei.**

**6. Zahlungsverpflichtungen (Belege beifügen):**

Miete (kalt, ohne Umlagen): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

Vermieter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Umlagen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € Heizkosten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

sonstige Zahlungsverpflichtungen:

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

**7. Vermögensverhältnisse (Belege beifügen):**

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

Bargeld: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

Girokonto-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sparbuch-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

weitere Konten: Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 10 Jahren über weitere Spareinlagen verfügt ?

ja, ggfs. Belege beifügen  nein

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

Grundvermögen (auch im Ausland), z.B. Hausgrundstücke, landw. Grundstücke:

Ort/Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nutzungsart: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verkehrswert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie jemals Grundvermögen besessen ?  ja  nein

Sonstige Vermögenswerte (z.B. Wertpapiere, Genossenschaftsanteile, Aktien, Sparverträge, Kraftfahrzeug) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, übertragen oder verkauft (ggfs. Vertrag beifügen) ?

ja  nein

Zeitpunkt und Anlass: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art und Höhe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empfänger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen Ansprüche aus Vereinbarungen oder Verträgen (z.B. freies Wohnrecht, freie Hege und Pflege, Bestattungsvertrag) ?

ja (ggfs. Vertrag beifügen)  nein

Wer hat diese Ansprüche zu gewähren (Name und Anschrift) ?

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

**8. Lebens-, Sterbegeld und sonstige Versicherungen (Policen beifügen)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Versicherte/r | Versicherung (Name/Anschrift) | Summe | Beitrag | Fälligkeit |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Sonstige Ansprüche (z.B. aus Unfällen, Darlehen, Sozialversicherung):

**9. Sonstige Angaben**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Sind Sie im letzten Jahr einer Erwerbstätigkeit nachgegangen, ggfs. wann und wo?

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

Haben Sie früher bereits Sozialhilfe bezogen (ggfs. Zeitraum und Behörde) ?

nein  ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wovon haben Sie bisher Ihren Lebensunterhalt bestritten ?

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

Haben Sie zur Behebung der gegenwärtigen Notlage bereits bei einer anderen Stelle Hilfe beantragt (z.B. Pflegekasse) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstige bisher nicht erfragte wissenswerte Angaben:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Erklärung des Hilfesuchenden oder des gesetzlichen Vertreters des Hilfesuchenden:**

Name, Vorname (Antragsteller/in): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 SGB I erbeten.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgeblich sind - insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie einen beabsichtigten Wohnungswechsel und Klinikaufenthalte - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen (Mitwirkungspflicht gem. § 60 SGB I). Mir ist bekannt, dass der Sozialhilfeträger die Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise entziehen oder versagen kann, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme. Dies gilt auch dann, wenn ich in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwere (§ 66 SGB I).

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das Leistungen überwiesen wurden, mit Wirkung auch meinen Erben oder anderen Verfügungsberechtigten gegenüber, die insoweit überzahlten Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers an diesen zurück zu überweisen.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle im Zusammenhang mit der Gewährung von Sozialhilfeleistungen erforderlichen Auskünfte, insbesondere über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse, durch das Sozialamt des Kreises Steinburg eingeholt werden. Dies gilt für alle in Betracht kommenden Stellen, insbesondere für alle Sparkassen, Banken,derPost und sonstige Finanzinstitute, Versicherungsgesellschaften, Sozialleistungsträger und Finanzämter.

Nach § 93 Abs. 8 AO kann im Einzelfall über das Bundeszentralamt für Steuern ein Kontenabruf bei den Kreditinstituten erfolgen, wenn er zur Klärung des Sachverhaltes unmittelbar geeignet ist. Abgerufen werden dann Bestandsdaten zu Konten- und Depotverbindungen, jedoch keine Kontostände oder Kontobewegungen. Diese können bei den Guthaben führenden Instituten unter Hinweis auf § 117 SGB XII abgefragt werden. Die dadurch evtl. entstehenden Kosten und Gebühren gehen zu Lasten des Antragstellers bzw. Leistungsberechtigten.

Gleichzeitig entbinde ich alle Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin und den MDK, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Sozialhilfeträger, soweit das für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Ich bin gemäß Art. 13 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über

verschiedene Details zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen

der Leistungsgewährung informiert worden (siehe Anlage 1 und 2) und bin damit

einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der

Berechnung von Leistungen in der EDV-Anlage gespeichert werden.

Mit der Übersendung der Sozialhilfeakte an einen anderen Sozialhilfeträger, bei dem der Inhalt der Akte zur weiteren Aufgabenerfüllung benötigt wird, bin ich einverstanden.

**Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache (Betrug gem. § 263 Strafgesetzbuch) und das ich zu Unrecht bezogene Leistungen erstatten muss.**

gelesen, genehmigt und unterschrieben:

Itzehoe, den

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

Unterschrift des Hilfesuchenden Unterschrift des Ehegatten Unterschrift des Aufnehmenden

bzw. des gesetzl. Vertreters (ggfls. Stempel Sozialamt)

**Dem Antrag sind die im folgenden genannten Unterlagen falls zutreffend beizufügen:**

Nachweise zu den Personalien

* Personalausweis/Reisepass des Antragstellers und ggf. seines Ehe- bzw. Lebenspartners
* Betreuerausweis bzw. Handlungsvollmacht
* Schwerbehindertenausweis des Antragstellers und ggf. seines Ehe- bzw- Lebenspartners

Einkommensnachweise der nachfragenden Person sowie seines Ehegatten bzw. Lebenspartners

* aktuelle Rentenbescheide bzw. Rentenanpassungsmitteilungen
* Auskunft des Rententrägers zum Vorliegen der 33 Jahre Grundrentenzeiten
* Nettoverdienstbescheinigung
* Wohngeldbescheid
* Aktuellen Leistungs- bzw. Einstellungsbescheid der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters/der ArGE
* Bescheid der Krankenkasse über die Höhe des Krankengeldes
* Einstufungs- und Leistungsbescheid der Pflegekasse
* Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zur Feststellung der Pflegebedürtigkeit

Nachweise über Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Vereinbarungen, Verträge)

* Wohnrecht
* Nießbrauch
* Hege und Pflege
* Leibrente
* Sonstiges

Vermögensnachweise

* Girokontoauszüge durchgehend für die Zeit von 6 Monaten vor Antragstellung
* Bestätigung, über welche Konten der Antragsteller in den letzten 5 Jahren beim Finanzinstitut verfügt hat
* Bausparverträge
* bei Lebens- oder Sterbeversicherungen den Versicherungsschein sowie Bescheinigung über die Höhe des aktuellen Rückkaufswertes
* Wertbescheinigung Kfz sowie Kopie des Kfz-Briefes und der Zulassung

Grundvermögen

* Grundbuchauszug (alle Abteilungen)
* Nachweise über darauf eingetragenen Belastungen sowie Bescheinigung über die aktuelle Höhe der Restschuld
* Verkehrswertgutachten oder andere Wertnachweise, sofern vorhanden
* Nachweise über bisher erfolgte Verkaufsbemühungen (Maklerauftrag, Zeitungsinserate, Internet o. a.)
* Nachweis über gescheiterte Vermögensbeleihung bei der Hausbank

Bedarfsnachweise

* Mietvertrag und aktuelles Mietänderungsschreiben (Aufschlüsselung in Kaltmiete, Betriebs- und Heizkosten)
* Beitragsnachweis zur freiwilligen bzw. privaten Kranken- und Pflegeversicherung
* Versicherungsscheine:

Hausrat

Haftpflicht

Sterbekasse

Sonstige

Unterhaltsprüfung

* Scheidungs- und Unterhaltsurteil
* Namen, Adressen und Geburtsdaten der unterhaltspflichtigen Angehörigen:

geschiedener bzw. getrennt lebender Ehegatte

Eltern und Kinder

**Anlage 1**

**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

1. **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 setzten Sie sich gerne mit unserer behördlichen Datenschutzbeauftragten in Verbindung.

1. **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.

1. **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 nachweispflichtig.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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)).

1. **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.

1. **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.

1. **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.

**Anlage 2**

**Information über die Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII**

1. **Wofür werden meine Daten verarbeitet?**  
     
   Ihre Daten werden verarbeitet um
   1. Ihren individuellen Leistungsanspruch zu ermitteln,
   2. zu prüfen, ob die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen,
   3. die Leistungsgewährung mit den Trägern anderer Sozial- oder Rehabilitationsleistungen zu koordinieren,
   4. die Leistungen mit anderen abzurechnen (insbesondere bei der Hilfe zur Pflege mit den Pflegeeinrichtungen) und
   5. den Nachrang der Sozialhilfe 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 Sozialhilfeverfahrens Ihren Bedarf an 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).

**Anlage 3**

Name: geb. am

Anschrift:

Wohngeld-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktenzeichen: 4030-

**Vollmacht und Abtretung bei vollstationärer Unterbringung**

Ich beantrage die Gewährung von Wohngeld und bevollmächtige gleichzeitig das Sozialamt des Kreises Steinburg

1. mich gegenüber der zuständigen Wohngeldstelle zu vertreten und
2. nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes bei dieser Stelle für mich jeweils die Weiterbewilligung des Wohngeldes zu beantragen;

3. mir ist bekannt, dass die Sozialhilfeabteilung gegenüber der Wohngeldabteilung einen Erstattungsanspruch auf das Wohngeld erhebt. Für die Zeit ab Beginn laufender Wohngeldzahlungen trete ich meinen Wohngeldanspruch dem Sozialamt des Kreises Steinburg in voller Höhe ab. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Wohngeldstelle unverzüglich zu unterrichten, wenn das Wohngeld versehentlich nicht dem Sozialamt des Kreises Steinburg, sondern mir ausgezahlt werden sollte, so dass eine **Doppelzahlung von Wohngeld und ungekürzter Sozialhilfe durch die Sozialhilfe- und Wohngeldabteilung durch meine Mithilfe ausgeschlossen wird.**

Diese Ermächtigung gilt, solange ich Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII bin.

Mir ist bekannt, dass für die Dauer der Bevollmächtigung der jeweilige Wohngeldbescheid dem Sozialamt des Kreises Steinburg übersandt wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort) (Datum) Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. des gesetzl. Vertreters

**Anlage 4**

Az.: 4030-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

**Zur Vorlage bei der Krankenkasse / Pflegekasse bei ambulanter Pflege / Pflegefachkraft**

Versicherte/r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Vorname Geburtsdatum

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

Anschrift

Ich ermächtige den

**Landrat des Kreises Steinburg**

**– Kreissozialamt –**

**25524 Itzehoe, Viktoriastr. 16-18**

(Postanschrift: 25506 Itzehoe, Postfach 1632)

bei meiner Krankenkasse / Pflegekasse

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

Name und Anschrift der Pflegekasse Versicherungsnummer

bis auf Widerruf **Krankenberichte** sowie **Bescheide** über die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI mit den entsprechenden vollständigen **Gutachten** – incl. Anlagen – des Medizinischen Dienstes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einzuholen. Sofern der nicht durch die Pflegekassenleistung gedeckte beantragte pflegerische Bedarf zu überprüfen ist, dürfen diese Unterlagen zusammen mit den zugehörigen Antragsunterlagen an eine Pflegefachkraft weitergeleitet werden, um diesen sozialhilferechtlichen Bedarf zu ermitteln.

Ebenso erkläre ich mich damit einverstanden, dass der medizinische Dienst meiner Krankenkasse bzw. Pflegekasse Befunde und Gutachten über meinen Gesundheitszustand von der Pflegefachkraft bzw. dem Gesundheitsamt einsieht und anfordert.

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

Datum Unterschrift der/des Versicherten

oder seines Betreuers/Bevollmächtigten

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

ggfs. Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten