

Eingangsvermerk	Aktenzeichen
-----------------	--------------

**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe für volljährige Menschen mit Behinderung oder für von Behinderung bedrohter Menschen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
Antrag auf Leistungen der Sozialhilfe Zwölftes Buch (SGB XII)**

Ich beantrage Leistungen der Eingliederungshilfe SGB IX

Werkstatt (Arbeitsbereich)
(Ohne Anlagen)

Besondere Wohnform* (Einrichtung über Tag und Nacht)

Ambulante Betreuung

Autismus Therapie

Hilfsmittel

Tagesförderstätte

Heiminterne Tagesstruktur

(bitte füllen Sie mit Anlage A aus)

* Bei Leistungen in einer besonderen Wohnform kann gleichzeitig ein Antrag auf Sozialhilfeleistungen (SGB XII) für den Lebensunterhalt gestellt werden.

Möchten Sie Leistungen nach dem SGB XII für Ihren **Lebensunterhalt** beantragen?

Ja

Nein

Wenn Sie hier „Ja“ ankreuzen, sind Sie mit der Weitergabe des Antrags an die zuständige Stelle einverstanden.

Welche Leistungen möchten Sie beantragen? (bitte füllen Sie auch Anlage A aus)

Hilfe zum Lebensunterhalt

Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung

Bitte übersenden Sie beigefügte Dokumente ausschließlich als Kopie!

Sie möchten Eingliederungshilfe als Unterstützung beantragen.

Eingliederungshilfe ist eine Leistung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Um Ihren Anspruch prüfen zu können, benötigt der Landkreis Verden von Ihnen Informationen und Unterlagen.

Bitte füllen Sie dazu diesen Antrag sorgfältig aus. Dabei kann Sie auch jemand unterstützen wie zum Beispiel Ihre rechtliche Betreuung, eine Person Ihres Vertrauens oder eine Beratungsstelle.

Achten Sie bitte auf die Erläuterungen und lesen Sie bitte auch die Hinweise.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gern zur Verfügung.

Vergessen Sie nicht, den Antrag an den angegebenen Stellen zu unterschreiben. Mit diesen Unterschriften bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Wenn Sie eine Betreuung haben oder jemanden eine Vollmacht ausgestellt haben, kann auch diese Person für Sie unterschreiben.

Ihre Angaben sind notwendig, damit über Ihre Leistung entschieden werden kann.

Deshalb dürfen Ihre Daten abgefragt werden. Informationen hierüber finden Sie im zehnten Sozialgesetzbuch (SGB X) in § 67a Absatz 2 Satz 1. SGB X.

Ihre Angaben werden hierfür gespeichert und genutzt.

Hierfür gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 67b Absatz 1 SGB X.

1 Begründung des Antrages

Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie Unterstützung benötigen und welche Maßnahmen und Hilfen Sie sich vorstellen.

<p>Wurden bereits bei einem anderen Träger Leistungen (z. B. Teilhabe am Arbeitsleben, Assistenzleistungen, Mobilitätshilfen oder sonstige Hilfen der Eingliederungshilfe) bewilligt oder abgelehnt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, wann _____ wo _____ welche Leistungen _____</p> <p><input type="checkbox"/> bewilligt am (Datum) _____</p> <p><input type="checkbox"/> abgelehnt am (Datum) _____</p> <p>- Bitte entsprechenden Bescheid/entsprechende Bescheide beifügen! -</p>
--	--

Wenn vorhanden, sind folgende Unterlagen in **Kopie** dem Antrag beizufügen:

- Fachärztliche Unterlagen mit ICD-10 Diagnose (Wird zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen benötigt)
- Nachweise zur finanziellen Situation (soweit erforderlich - z. B. Einkommensteuerbescheid des Vorjahres)
- Sonstige Nachweise/Unterlagen (z. B. Betreuerausweis/Bestellungsurkunde, Schwerbehindertenausweis, Personalausweis, Feststellung eines Pflegegrades)

2 Persönliche Verhältnisse

Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Aufenthaltsstatus (Ausländer/innen) → bitte Kopie vom Aufenthaltstitel beifügen	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit (Datum) _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit (Datum) _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit (Datum) _____
Steueridentifikations-Nr.	
Rentenversicherungs-Nr.	
Telefon/Mobil-Nr.	
E-Mail	

3 Wohnort und Wohnsituation

Anschrift	
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der vorstehend genannten Anschrift aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich habe mich unter folgender Anschrift aufgehalten:
aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform oder Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

3.1 Weitere zum Haushalt gehörende Personen (z. B. Partner/in, Eltern)

	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verwandtschafts- verhältnis				

Kinder (auch außerhalb des Haushaltes)

	<input type="checkbox"/> keine Kinder			
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Verwandtschafts- verhältnis				

4 Eltern

Elternteil 1	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Ggf. Sterbedatum	
Anschrift	
Telefon/Telefax/E-Mail	
Beruf	

4 Eltern - Fortsetzung

Elternteil 2 Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
ggf. Sterbedatum	
Anschrift	
Telefon/Telefax/E-Mail	
Beruf	
Familienstand der Eltern	<input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden
Beträgt das Jahreseinkommen eines Elternteils mehr als 100.000,00 € pro Jahr?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Mutter <input type="checkbox"/> Ja, Vater

5 Schulische/Berufliche Laufbahn

Erreichter Schulabschluss	
Weitere Bildungsabschlüsse	
Erlerner Beruf	
Zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigung	
Arbeits- bzw. berufsfördernde Maßnahme/ Maßnahmen	
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse	
Sonstiges	

6 Arbeitsverhältnisse/Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute

Jahr	Arbeitsverhältnisse/Tätigkeiten

7 Gewünschter Anbieter

Wenn bekannt: Name des Anbieters, der die Leistung erbringen soll.	
--	--

8 Zusätzliche Angaben zu Bedarfen in der besonderen Wohnform (ehemals Wohnheim für die stationäre Betreuung von Menschen mit einer Behinderung)

Wohnen Sie in einer besonderen Wohnform mit Betreuung über Tag und Nacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

8.1 Angaben zu Beeinträchtigungen

Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben Sie?	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> Sucht - Wenn möglich, aktuelle ärztliche Unterlagen in Kopie vorlegen! -
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Ja, Grad der Behinderung _____ Angabe von Merkzeichen _____ - Bitte Schwerbehindertenausweis in Kopie - <input type="checkbox"/> ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt am (Datum) _____ <input type="checkbox"/> Nein

8.2 Verursachung durch Dritte

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z.B. Gewalttat nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Unfall, Impfschaden, mangelnde ärztliche Behandlung) zurück?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____
---	---

9 Ihre Kontodaten

IBAN	
Kontoinhaberin/-inhaber	
Name des Geldinstituts	
BIC	

10 Kranken- und Pflegeversicherung
- Bitte Nachweise in Kopie beifügen -

Wo sind Sie versichert (Name, Anschrift)?	
Versicherungsnummer	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Familienversichert über _____ <input type="checkbox"/> Es besteht eine Zusatzversicherung für _____
Sind Sie im Krankheits- oder Pflegefall beihilferechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja, bei (Beihilfestelle/Aktenzeichen) _____ <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad _____ - Bitte Feststellungsbescheid und MdK Gutachten in Kopie beifügen - <input type="checkbox"/> Wurde beantragt am (Datum) _____ <input type="checkbox"/> Nein

11 Angaben zur Betreuung

Haben Sie eine Betreuerin/einen Betreuer/Beistand oder eine/einen Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓ - Bitte Betreuerausweis bzw. Vollmacht beifügen -
Name	
Vorname	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	

12 Person des Vertrauens

Der Träger der Eingliederungshilfe ist verpflichtet, einen Gesamtplan zu erstellen. Der Gesamtplan dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses. Bei der Aufstellung des Gesamtplanes können Sie eine Person des Vertrauens hinzuziehen.

Wünschen Sie die Hinzuziehung einer Person Ihres Vertrauens?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ↓
Name	
Vorname	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	

Anlage A

I. Einkommen

Art des Einkommens: Über welches aktuelle Einkommen verfügen Sie? Bitte Nachweise in Kopie vorlegen.	Antragstellende Person und der/des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartnerin/-partners
Verfügten Sie im Vorvorjahr über einkommenssteuerpflichtige Einkünfte?	- Bitte den Steuerbescheid des Vorvorjahres vorlegen! - (Falls nicht vorhanden, bitte die Lohnsteuerbescheinigung und die entsprechenden Nachweise beifügen)
aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
aus Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
aus selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
aus nichtselbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
aus sonstigen Einkünften	<input type="checkbox"/> Ja, welche _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
Verfügten Sie im Vorvorjahr über Renteneinkünfte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Bitte legen Sie Nachweise zur Bruttorente des Vorvorjahres vor! -
Weichen Ihre aktuellen Einkünfte erheblich von den Einkünften des Vorvorjahres ab? (z. B. Aufnahme/Beendigung einer Erwerbstätigkeit, Änderung des Stundenumfanges, Renteneintritt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Falls ja, legen Sie bitte auch Ihre aktuellen Einkommensnachweise vor! -
Beziehen Sie derzeit Leistungen zum Lebensunterhalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Bitte entsprechenden Bescheid/entsprechende Bescheide beifügen! -
nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	
nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)	
nach § 27a Bundesversorgungsgesetz (BVG)	

II. Vermögen

	<p>1. Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch geringfügige oder im Ausland befindliche anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist nicht abschließend.</p> <p>2. Bitte legen Sie Ihre entsprechenden Vermögensnachweise vor (z. B. Sparbücher, Kontoauszüge, Versicherungsscheine, Kraftfahrzeugscheine)</p>	
Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Girokonten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wertpapiere, Aktien, Depotkonten oder Fonds	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sterbeversicherungen oder Bestattungsvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haus- und Wohneigentum (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiger Grundbesitz (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Private Altersvorsorge (z. B. Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohn-, Altenrecht, Nießbrauch)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erbansprüche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Vermögenswerte (sowohl Sparvermögen als auch Haus- und Grundbesitz) in den letzten 10 Jahren veräußert, übergeben oder verschenkt?	<input type="checkbox"/> Ja, welche _____ _____ _____ An wen? _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ich erkläre ausdrücklich, kein Vermögen zu haben.	

Wichtige Hinweise

Mitteilungspflichten

Ich versichere, dass die in dem vorstehenden Antragsbogen von mir gemachten Angaben in allen Punkten der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben sowie das Verschweigen von Änderungen von Änderungen in den Familienverhältnissen (Sterbefälle, Wegzug aus dem Haushalt usw.) oder das Verschweigen irgendeines Einkommens oder Vermögens, auch meiner Familienangehörigen, die sofortige Entziehung der Eingliederungshilfe, die Rückzahlung der zu Unrecht bezogenen Leistungen und die Strafverfolgung wegen Betruges bzw. Betrugsversuches zur Folge haben kann.

Ich weiß, dass ich nach § 60 Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss, solange mir oder meinen anspruchsberechtigten Angehörigen Leistungen der Eingliederungshilfe gezahlt wird. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden.

Hinweis zum Datenschutz

Ihr Antrag kann nur abschließend und endgültig bearbeitet werden, wenn Sie den Antrag vollständig ausfüllen. Die Daten werden gemäß § 14 Abs. 1 S. 1 Bundesdatenschutzgesetz in Verbindung mit § 79 Abs. 3 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – in der automatisierten Datenverarbeitung verarbeitet und gespeichert, soweit dies für die Bearbeitung des Antrages bzw. die Leistungsgewährung notwendig ist.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung/
rechtlichen Betreuung/
bevollmächtigten Person

<p>Achtung digitalisierte Akte! Unterlagen werden acht Wochen nach Erhalt vernichtet, sofern keine Rücksendung erbeten wurde.</p>

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten, Abgleich mit anderen Behörden und zum Datenschutz

Verarbeitung der Daten

Die Verarbeitung der Daten ist nach dem Niedersächsischen Datenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – erlaubt. Die Datenerhebung und weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 ff des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) i. V. mit den Bestimmungen des Neunten und Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX und XII).

Datenabgleich

Im Rahmen des § 118 SGB XII können die Träger der Sozialhilfe Daten von Leistungsempfänger/-innen im Rahmen von automatisierten Datenabgleichen mit den Daten anderer Sozialleistungsträger, anderer Sozialhilfeträgern und dem Bundeszentralamt für Steuern abgleichen, um zu überprüfen, ob vorrangige Leistungsansprüche gewährt, Einnahmen nicht angegeben, bzw. Doppelleistungen bezogen werden. Sinn und Zweck des Datenabgleiches ist es, die missbräuchliche Inanspruchnahme von Sozialhilfe zu verhindern.

Datenübermittlung

Ihre personenbezogenen Daten können zum Zweck der gesetzlichen Aufgabenerledigung des SGB XII an Dritte (u. A. an andere Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Finanzämter, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr, Energieversorger und Vermieter (wenn an diese direkt gezahlt wird oder mit Einwilligung des Betroffenen) übermittelt werden. Nur mit Einwilligung/Einverständnis des Betroffenen erfolgt eine Übermittlung von Daten an die Schuldner- und Suchtberatung und an Stellen zur psychosozialen Betreuung.

Kontenabrufverfahren

Der Landkreis Verden kann ein Kontenabrufverfahren durchführen. Die Kontoabfrage gibt Auskunft darüber, bei welchen Kreditinstituten die abgefragte Person Konten oder Depots unterhält. Vor einem Kontenabruf wird der Betroffene um Aufklärung des leistungserheblichen Sachverhalts gebeten. Der Abruf bei den Kreditinstituten erfolgt erst, wenn ein Auskunftersuchen gegenüber dem Betroffenen nicht zum Ziele geführt hat oder keinen Erfolg verspricht.

Speicherdauer

Für Daten zur Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen nach dem SGB XII besteht eine Speicherfrist von 10 Jahren nach Beendigung des Falles.

Ist eine Forderung (Rückforderung/Erstattungsbescheid/Darlehen) noch offen, werden die Daten gemäß den Vorschriften der Zivilprozessordnung und des Bürgerlichen Gesetzbuches aufgrund der Verjährungsbestimmungen 30 Jahre lang aufbewahrt.

Ansprechpartner/Ihre Rechte

Den Landkreis Verden als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie per E-Mail unter **kreishaus@landkreis-verden.de** oder auf dem Postweg unter **Landkreis Verden - Der Landrat -, Lindhooper Straße 67, 27283 Verden (Aller)**, kontaktieren.

Sie können außerdem den Datenschutzbeauftragten des Landkreises Verden per E-Mail unter **datenschutz@landkreis-verden.de** oder auf dem Postweg unter der oben genannten Adresse kontaktieren.

Sie können gegenüber dem Landkreis Verden folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft über Ihre hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Vervollständigung Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Löschung Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten
- Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten
- Recht auf Datenübertragbarkeit, d. h. zur Herausgabe der über Sie verarbeiteten Daten in einem strukturierten Format

Ihr Beschwerderecht können Sie unter anderem bei der Niedersächsischen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz, der Landesbeauftragten für den Datenschutz in Niedersachsen wahrnehmen

Merkblatt
Informations- und Transparenzpflichten nach
Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO)
zum Gesamt- und Teilhabepflichtverfahren Niedersachsen

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Landkreis Verden – Der Landrat –
Lindhooper Straße 67
27283 Verden (Aller)
Tel. 04231 15-0
E-Mail: kreishaus@landkreis-verden.de

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

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

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

Ihre Daten können von o. g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff SGB IX).

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

Längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

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

Die Datenschutzbeauftragten des o. g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter: datenschutz@landkreis-verden.de

bzw. postalisch unter:

Zweckverband KDO
Elsässer Straße 66
26121 Oldenburg

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden.

Merkblatt
Informations- und Transparenzpflichten nach
Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO)
zum Gesamt- und Teilhabeplanverfahren Niedersachsen

Einwilligungserklärung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

Der Landkreis Verden, Fachdienst Soziales – Eingliederungshilfe, darf seine Zuständigkeit prüfen. Er darf meinen Antrag oder Teile davon an zuständige Leistungsträger weiterleiten. Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.

Der Landkreis Verden, Fachdienst Soziales – Eingliederungshilfe – darf die Ergebnisse der Bedarfsermittlung des Gesamt- oder Teilhabeplans weitergeben. Dies nur an Einrichtungen oder Dienste, die Leistung erbringen werden.

Ich bin über die Nutzung meiner Daten informiert. Ich bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder
seiner/seines gesetzlichen Vertreterin/Vertreters oder des Betreuers/der
Betreuerin/Bevollmächtigten

**Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
Entbindung von der Schweigepflicht (gemäß § 203 Strafgesetzbuch [StGB])**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

Anlass der Schweigepflichtentbindung: Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe
--

Ich entbinde mit dieser Erklärung die aufgeführten Ärztinnen/Ärzte bzw. Behörden und Institutionen gegenüber dem Landkreis Verden – Fachdienst Soziales/Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt) - von der ihnen obliegenden Schweigepflicht.

	Name, Anschrift, Kontaktdaten Ansprechpartnerin/Ansprechpartner	Datum	Unterschrift
<input type="checkbox"/> Hausärztin/ Hausarzt			
<input type="checkbox"/> Fachärztin/ Facharzt			
<input type="checkbox"/> Klinik			
<input type="checkbox"/> Krankenkasse			
<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung			
<input type="checkbox"/>			

Ich entbinde zudem die Ärztinnen und Ärzte sowie die Mitarbeitenden des Landkreises Verden – Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt) – gegenüber dem Fachdienst Soziales – Eingliederungshilfe – von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten ein. Die anliegende Belehrung zu dieser Einwilligung habe ich gelesen.

Den Inhalt und insbesondere meine Rechte habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Belehrung zur Einwilligungserklärung nach Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder
seiner/seines gesetzlichen Vertreterin/Vertreters oder des Betreuers/der
Betreuerin/Bevollmächtigten

Belehrung zur Einwilligungserklärung nach Artikel 13 DSGVO

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Wahrnehmung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes/des Fachdienst Soziales verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung.

Die Angabe der erbetenen personenbezogenen Daten ist freiwillig. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus den §§ 60 ff des Sozialgesetzbuches I (SGB I). Sofern Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise versagt werden. Sofern Sie in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht einwilligen, kann der Landkreis Verden den zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Austausch nicht durchführen.

Ihre Daten werden für die Dauer der Untersuchung bzw. im Einzelfall festgelegten gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.

Der Landkreis Verden darf die Daten, die er im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten hat, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Berufsgenossenschaft oder Grundsicherungsträger/Rentenversicherungsträger) oder für eigene Angaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise eine andere Gutachterin/einen anderen Gutachter) weitergeben, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X und § 23 SGB IX. Sie können einer Weitergabe aber jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Den Landkreis Verden als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie per E-Mail unter **kreishaus@landkreis-verden.de** oder auf dem Postweg unter

**Landkreis Verden, Der Landrat
Lindhooper Straße 67, 27283 Verden (Aller)**

kontaktieren. Außerdem können Sie den Datenschutzbeauftragten des Landkreises Verden per E-Mail unter **datenschutz@landkreis-verden.de** oder auf dem Postweg ebenfalls unter der oben genannten Adresse kontaktieren.

Sie können gegenüber dem Landkreis Verden folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft über Ihre hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Vervollständigung Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Löschung Ihrer hier verarbeiteten Daten
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten
- Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten
- Recht auf Datenübertragbarkeit, d. h. zur Herausgabe der über Sie verarbeiteten Daten in einem strukturierten Format

Ihr Beschwerderecht können Sie unter anderem bei der Niedersächsischen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz, der Landesbeauftragten für den Datenschutz in Niedersachsen wahrnehmen.

Sie haben außerdem die Möglichkeit, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung bleibt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung unberührt.