

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Landkreis Verden
 Fachdienst Soziales
 27281 Verden (Aller)

Eingangsvermerk	Aktenzeichen 50
	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege <input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (KOF)

1 Begründung des Antrages

Bei Hilfe zur Pflege:
 Aufnahme Pflegeeinrichtung am _____ Übernahme der ungedeckten Heimkosten ab _____
Hinweis: Bei der Hilfe zur Pflege tritt ein Sozialhilfeanspruch frühestens ab dem Zeitpunkt ein, zu dem Sie oder eine dritte Person dem Sozialhilfeträger Ihre Hilfebedürftigkeit bekannt gegeben haben (§18 Abs. 1 SGB XII).

2 Persönliche Verhältnisse

	Leistungsberechtigte Person	Lebens- oder Ehepartner/-partnerin
Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> geschieden seit Ist ein Scheidungsantrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kopie beifügen Wurde eine unterhaltsrechtliche Regelung getroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kopie beifügen <input type="checkbox"/> verwitwet seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> geschieden seit Ist ein Scheidungsantrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kopie beifügen Wurde eine unterhaltsrechtliche Regelung getroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kopie beifügen <input type="checkbox"/> verwitwet seit:
Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status)		
Anschrift		
Telefon E-Mail (freiw. Angaben)		
Aufenthalt in den letzten zwei Jahren / vor Aufnahme in die Einrichtung (bitte vollständige Anschrift, auch bei stationären Aufenthalten, angeben)		
Rentenversicherungs- nummer		
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Derzeit ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitgeber, Anschrift (Angaben Verdienst unter Nr. 6)		

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

	Leistungsberechtigte Person	Lebens- oder Ehepartner/-partnerin
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen Merkzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> beantragt am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen Merkzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> beantragt am:
Sind Sie oder eines Ihrer Haushaltsmitglieder pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse beifügen
Ist die Hilfebedürftigkeit auf einen Unfall oder sonstiges Schadensereignis (z. B. ärztlicher Behandlungsfehler) zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art:
Bestehen als Folge der Schädigung Schadensersatzansprüche gegen Versicherungen oder andere Stellen/Personen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nennen Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen <input type="checkbox"/> Geltend gemacht am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nennen Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen <input type="checkbox"/> Geltend gemacht am:
Haben Sie einer Person eine Vollmacht ausgestellt oder besteht eine vom Amtsgericht eingerichtete Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung Name und Anschrift: Tel.: E-Mail:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung Name und Anschrift: Tel.: E-Mail:
Wurde bereits einmal Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe oder Grundsicherung im Alter/bei Erwerbsminderung gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt bei: Behörde und Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt bei: Behörde und Aktenzeichen
Zusätzliche Angaben für Antragstellerin/Antragsteller unter 65 Jahre:		
Bestehen Bedenken wegen der Arbeitsfähigkeit (= mind. 3 Std. täglich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus welchem Grund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus welchem Grund?

3 Kranken-/Pflegeversicherung

	Leistungsberechtigte Person	Lebens- oder Ehepartner/-partnerin
Sind Sie Mitglied einer Krankenversicherung (KV)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflichtmitglied gesetzliche KV (auch KV der Rentner (KvdR)) <input type="checkbox"/> ja, freiwilliges Mitglied gesetzliche KV <input type="checkbox"/> ja, Mitglied durch Familienversicherung <input type="checkbox"/> ja, Mitglied einer privaten KV	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflichtmitglied gesetzliche KV (auch KV der Rentner (KvdR)) <input type="checkbox"/> ja, freiwilliges Mitglied gesetzliche KV <input type="checkbox"/> ja, Mitglied durch Familienversicherung <input type="checkbox"/> ja, Mitglied einer privaten KV
	Name und Anschrift der Versicherung mtl. Beitrag	Name und Anschrift der Versicherung mtl. Beitrag
	Krankenversichertennummer	
Falls nein:	Bei welcher Krankenkasse bestand zuletzt Krankenversicherungsschutz? Wann und aus welchem Grund endete die Mitgliedschaft?	
Bei privater Versicherung: Haben Sie Beihilfeansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegenüber folgender Beihilfestelle:	

4 Weitere Personen im gemeinsamen Haushalt

 Keine

	1. Person	2. Person	3. Person
Name, Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person			
Geburtsdatum/-ort			
Arbeitgeberin/Arbeitgeber			

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

5 Angehörige außerhalb des gemeinsamen Haushaltes

Angaben zu Kindern, auch Adoptivkinder, geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte Keine

Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person	Name, Vorname	Geburtsdatum und -ort	Anschrift	Familienstand einschl. Anzahl der unterhaltspflichtigen Kinder	Beruf/Tätigkeit

Angaben zu den Eltern

Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person	Name, Vorname	Geburtsdatum und -ort, ggf. Sterbedatum	Anschrift	Familienstand einschl. Anzahl der unterhaltspflichtigen Kinder	Beruf/Tätigkeit
der leistungsberechtigten Person:					
Mutter					
Vater					
des/der Lebens- oder Ehepartner/-partnerin					
Mutter					
Vater					
Verfügt ein Elternteil alleine oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über Einkommen über 100 000 EUR Brutto jährlich?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe: Name, Vorname:		

6 Einkommen – Bitte Einkommensnachweise für 12 Monate beifügen – ggf. Datum der Antragstellung mitteilen!

Einkommen	Leistungsberechtigte Person		Lebens- oder Ehepartner/-partnerin	
	Monatlicher Betrag (Netto)		Monatlicher Betrag (Netto)	
Nichtselbstständige Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Einkommen Werkstatt für behinderte Menschen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leistungen der Pflege- oder Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Selbstständigkeit (Gewerbe, Landwirtschaft usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Renten/Pensionen (z. B. Rente wg. Erwerbsminderung oder Alter, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Sonstige Renten/ Pensionen, Betriebsrenten, Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Einkommen	Leistungsberechtigte Person		Lebens- oder Ehepartner/-partnerin	

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

	Monatlicher Betrag (Netto)		Monatlicher Betrag (Netto)	
Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter/bei Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leistungen nach dem - Bundesversorgungsgesetz - Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leistungen der Agentur für Arbeit (z. B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungshilfe, Ausbildungs-/Übergangsgeld)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld, Elterngeld)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ausbildungsförderung (BAföG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Geldwerte Ansprüche (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige Einkünfte, z. B. Steuererstattung, Kapitalerträge (z. B. Zinsen), etc.	<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
Steuerfreie Aufwandsentschädigungen/Einnahmen, nebenberuflich/Ehrenamt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

7 Vom Einkommen absetzbare Beträge – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle

	Leistungsberechtigte Person	Lebens- oder Ehepartner/-partnerin
Einfache Entfernung Wohnung - Arbeitsstelle	km	km
Monatliche Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmitteln (Belege beifügen)		

8 Kosten der Unterkunft

Wohnfläche m ² <input type="checkbox"/> es handelt sich um eine abgeschlossene Wohnung	Das Haus hat <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> mehrere Wohnungen Gesamtwohnfläche bei mehreren Wohnungen:	Baujahr des Hauses
<input type="checkbox"/> es handelt sich um eine Mietwohnung <input type="checkbox"/> es handelt sich um Eigentum	Bei Miete – Kaltmiete	Kalte Nebenkosten
Vermieter/in (Name und Anschrift) – bitte Mietvertrag beifügen -		
Heizungskosten (soweit sie laufend monatlich anfallen)	Heizart: <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Sonstiges: Jahresverbrauch kwh: _____ Bitte Nachweise (letzte Abrechnung) beifügen.	
Bei Eigentum oder wenn bei Miete Nebenkosten selbst gezahlt werden:		
Grundsteuer	Gebäude- und Feuerversicherung	Wasser/Abwasser
Müllabfuhrgebühr	Grundstückshaftpflicht	Schornsteinfegergebühr
Ist Wohngeld beantragt oder wird Wohngeld gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt <input type="checkbox"/> ja, Wohngeld wird gezahlt - bitte Bescheid beifügen	monatlich
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bitte Nachweis beifügen	monatlich

Belastungen des Haus- und Grundbesitzes (Grundschulden, Hypotheken usw.)

Gläubiger/in	Art der Belastung	Höhe	Zinsen jährlich	Tilgung jährlich

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

9 Besitz die leistungsberechtigte Person oder eine andere Person, die im Haushalt lebt, Vermögenswerte? Bitte machen Sie Angaben zu den weiteren Personen im gemeinsamen Haushalt (Punkt 4) auf einem gesonderten Blatt.

Nachweise beifügen	Leistungsberechtigte Person		Lebens- oder Ehepartner/-partnerin	
	Betrag/Wert:		Betrag/Wert:	
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bankguthaben/Sparbuch/ Sparverträge/Girokonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bausparguthaben Wertpapiere, Aktien	<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	
Lebensversicherung Bitte den Rückkaufwert angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sterbeversicherung/ Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Vertraglich gesicherte Ansprüche, Forderungen gegen Dritte, Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Fahrzeuge (z. B. PKW, Motorrad, Wohnwagen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Fahrzeugart: <input type="checkbox"/> Wert unter 7.500,00 € Kopie Zulassungsbescheinigung I beifügen		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Fahrzeugart: <input type="checkbox"/> Wert unter 7.500,00 € Kopie Zulassungsbescheinigung I beifügen	
Kennzeichen				
Grundvermögen (Grundbuchauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ein-, Mehrfamilienhaus, andere Grundstücke	Art:		Art:	
Wohnrecht, Nießbrauch Altenteil				
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögens- werte veräußert, über- geben oder verschenkt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgendes Ggf. Vertrag beifügen!		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgendes Ggf. Vertrag beifügen!	
Betrag/Wert An wen? Wann?				
Sonstiges Vermögen (z. B. Sammlungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

10 Bestehen Versicherungen für

	Leistungsberechtigte Person				Lebens- oder Ehepartner bzw. -partnerin			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name der Versicherung	mtl. Beitrag		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name der Versicherung	mtl. Beitrag	
Privathaftpflichtver- sicherung								
Hausratversicherung								
Private Pflege- versicherung								
Altersvorsorgebeiträge (Riester)								
Sterbegeldversicherung								

11 Bankverbindung der leistungsberechtigten Person

IBAN	Name der Bank	BIC
------	---------------	-----

Weitere Konten (auch Sparkonten, Paypal- und ebay Konto, Tagesgeldkonto etc.) **bitte gesondert angeben!**

Hinweis: Sie haben die Möglichkeit, auf der Ausgabenseite der Kontoauszüge die Empfänger von Zahlungen unkenntlich zu machen, sofern sich aus diesen Angaben Informationen über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeiten sowie zu genetischen, biometrischen oder Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung ergeben. Die Zahlbeträge müssen dabei aber in jedem Fall erkennbar bleiben.

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

12 Erklärung und Informationen zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII für

Name, Vorname	Sofern bekannt: Aktenzeichen
---------------	------------------------------

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich alle Änderungen und Angaben – besonders der Einkommens- und Vermögensverhältnisse – gem. §§ 60 – 67 SGB I – dem Landkreis Verden, Fachdienst Soziales, mitzuteilen habe.

Ich bin verpflichtet, meine Haushaltsangehörigen, auch meine minderjährigen Kinder, spätestens ab Vollendung des 14. Lebensjahres, von der Leistung zu unterrichten und auf ihre Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten hinzuweisen.

Hiermit beantrage ich dem Grunde nach für meine mit mir in einem Haushalt lebenden anspruchsberechtigten Kinder Leistungen zur Bildung und Teilhabe nach § 34 SGB XII (Für Lernförderung nach Abs. 5 ist in der Zeit vom 1. Juli 2021 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023 kein gesonderter Antrag erforderlich). Ich bin damit einverstanden, dass diese Leistung über die elektronische Bildungskarte abgewickelt wird. Informationen hierzu erhalte ich mit dem Bewilligungsbescheid. Sollte ich hiermit nicht einverstanden sein, besteht weiterhin die Möglichkeit, die Leistung manuell abzuwickeln.

Die Angabe der in diesem Vordruck erbetenen personenbezogenen Daten ist freiwillig. Meine Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus §§ 60 ff des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I). Sofern ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise versagt werden.

Ich weiß, dass ich wegen Betruges bestraft werden kann, wenn ich wissentlich falsche Angaben mache oder Tatsachen dem Fachdienst Soziales nicht melde, die für den Bezug von Leistungen nach dem SGB XII wichtig sein können (insbesondere Veränderungen des Einkommens und der Familienverhältnisse oder in der Haushaltsgemeinschaft).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Fachdienst Soziales bei einem Betrug oder Betrugsversuch umgehend Strafanzeige erstatten wird. **Ich weiß**, dass ich zu Unrecht gezahlte Leistungen nach dem SGB XII erstatten muss.

Die anliegenden Hinweise zur Verarbeitung meiner Daten, Abgleich mit anderen Behörden und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Einverständniserklärung:

Ich bevollmächtige den Landkreis Verden, Fachdienst Soziales, Auskünfte über alle Angelegenheiten einzuholen und zu erteilen, die zur Entscheidung über diesen Antrag und zur Prüfung weiterer Ansprüche wichtig sind. Soweit ich zuvor Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII bezogen habe, ermächtige ich den Landkreis Verden, Fachdienst Soziales, die Leistungs- und Heranziehungsakten bei dem bisher zuständigen Leistungsträger einzusehen.

Im Rahmen der Beantragung von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen bevollmächtige ich den Landkreis Verden, Fachdienst Soziales, für mich Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz zu beantragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die ggf. an Dritte zu leistenden Zahlungen auch weiterhin im Rahmen der Hilfeleistung überwiesen werden (§ 67 SGB X).

- Ich bevollmächtige zur Entgegennahme von Bescheiden meine/meinen Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Herrn/Frau _____.
- Ich habe ergänzende Erklärungen (zu Ziffer 1 - 12) auf gesondertem Blatt beigefügt.
- Ich wünsche ein persönliches Beratungsgespräch.

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

Ich bin mit der Nutzung der von mir angegebenen Kontaktdaten (Telefon, E-Mail) einverstanden (ggf. streichen). Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis: Ihr Anliegen kann nur bearbeitet werden, wenn Sie den Vordruck vollständig ausfüllen.

Ort, Datum

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

Unterschrift des/der Lebens- oder Ehepartner/-partnerin bei Minderjährigen der/des 2. gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

FÜR ALLE ANGABEN SIND BELEGE/NACHWEISE BEIZUFÜGEN!

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.