|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N:\SVText2010\Logo_ohne Text.jpg** |

|  |
| --- |
| **Az.** **/**  |

**Bezirk Niederbayern****-Sozialverwaltung-****Am Lurzenhof 15****84036 Landshut Antrag auf Gewährung von ambulanter Hilfe** |
| Gewünschte Hilfe: | [ ]  Hilfe zum Lebensunterhalt[ ]  Grundsicherung[ ]  Hilfe zur Pflege ambulant[ ]  Einmalige Leistung |
|  |  |
| Art der einmaligen Leistung: |       | Ab wann: |       |
| Begründung: |       |
|  |  |
|  |  |
| Ihre Angaben sind für die Bearbeitung des Antrages erforderlich. Nach §§ 60 SGB I ff sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, verarbeitet und für statistische Zwecke verwendet (§§ 67a ff. Sozialgesetzbuch X, §§ 121 ff. Sozialgesetzbuch -Zwölftes Buch-). |
| **1. Persönliche Verhältnisse**  | Antragsteller | Ehegatten/, Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in |
| 1.1 Familienname(ggf. auch Geburtsname und frühere Namen) |       |       |
| 1.2 Vorname(n) |       |       |
| 1.3 Geburtsdatum |       |       |
| 1.4 Geburtsort/Land |       |       |
| 1.5 Geschlecht | [ ]  männlich [ ]  weiblich | [ ]  männlich [ ]  weiblich |
| 1.6 Familienstand(ledig, verheiratet, getrennt lebend, verwitwet, geschieden) |        |        |
| 1.7 Staatsangehörigkeit |       |       |
| 1.8 Straße, Nr. |       |       |
| 1.9 PLZ/Wohnort |       |       |
| 1.10 Telefon (mit Vorwahl) |       |       |
| 1.11 Betreuer Name AnschriftBitte Betreuerausweis beilegen |                 |                 |
| 1.12 Aufenthaltsstatus (Ausländer) | [ ]  Duldung[ ]  Aufenthaltserlaubnis[ ]  NiederlassungserlaubnisGültig bis:       | [ ]  Duldung[ ]  Aufenthaltserlaubnis[ ]  NiederlassungserlaubnisGültig bis:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.13 Ausweisdokument | [ ]  Personalausweis[ ]  Reisepass[ ]        Nummer:       | [ ]  Personalausweis[ ]  Reisepass[ ]       Nummer:       |
| 1.14 Beruf |       |       |
| 1.15 Arbeitgeber Adresse: |            |            |
| 1.16 zuletzt ausgeübte Tätigkeit |       |       |
| 1.17 zuletzt krankenversichert beifreiwillig ja [ ]  nein [ ] familienversichert ja [ ]  nein [ ]   |      vom      bis      versichertes Familienmitglied:      |      vom      bis      versichertes Familienmitglied:      |
| 1.18 zuletzt rentenversichert bei |      vom      bis      Versicherungsnummer:      |      vom      bis      Versicherungsnummer:      |
| 1.19 Pflegebedürftig  | [ ]  nein[ ]  ja, bitte MDK-Gutachten beilegen | [ ]  nein[ ]  ja, bitte MDK-Gutachten beilegen |
| 1.20 **Beihilfeanspruch**  (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung) | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  Beihilfeberechtigter:  |       |  |  |
|  Beihilfestelle: |       |
|  |
| 1.21 **Dauernde Behinderung / Krankheit besteht** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Ursache: [ ]  angeborene Behinderung [ ]  Unfall [ ]  Impfschaden [ ]  Berufskrankheit  |
| [ ]  Sonstiges:  |       |
|  |
| **Schwerbehindertenausweis** | [ ]  nein | [ ]  ja, bitte beilegen |
| 1.22 **wesentlich sehbehindert** Bezug von **Blindengeld (bitte ggf. Bescheid beilegen)** | [ ]  ja[ ]  ja |  [ ]  nein [ ]  nein |
| 1.23 **Werden jetzt oder wurden bereits früher Leistungen der Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge/ Grundsicherung bezogen?** (Bitte Bescheide beifügen) | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | vom |       | bis  |       | Behörde:  |       | Hilfeart:  |       |
|  |
| **Kindergeld**Behörde:  |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Unterhaltsvoschuss**Behörde:  |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Rente**Behörde:  |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Krankengeld**Behörde:  |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Arbeitslosengeld**Behörde:  |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Arbeitslosengeld II**Behörde:  |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Wohngeld**Behörde:  |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Sonstiges** |       | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  1.24 **Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt?** | [ ]  ja, bitte Bescheid beilegen | [ ]  nein |
|  |
| **2. weitere in der Hausgemeinschaft lebende Personen (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte, Bekannte usw.)** |
| 2.1 Familienname(ggf. auch Geburtsname) |       |       |       |       |
| 2.2 Vorname(n) |       |       |       |       |
| 2.3 Geburtsdatum |       |       |       |       |
| 2.4 Familienstand/ Verwandschaftsverhältnis zum Antragsteller |       |       |       |       |
| 2.5 eigener Haushalt | ja [ ]  nein [ ]  | ja [ ]  nein [ ]  | ja [ ]  nein [ ]  | ja [ ]  nein [ ]  |
| 2.6 Rentenversicherungsnummer |       |       |       |       |
| 2.7 Staatsangehörigkeit |       |       |       |       |
| 2.8 Aufenthaltsstatus | [ ]  Duldung[ ]  Aufenthaltserlaubnis[ ]  Niederlassungs-erlaubnisGültig bis:       | [ ]  Duldung[ ]  Aufenthaltserlaubnis[ ]  Niederlassungs-erlaubnisGültig bis:       | [ ]  Duldung[ ]  Aufenthaltserlaubnis[ ]  NiederlassungserlaubnisGültig bis:       | [ ]  Duldung[ ]  Aufenthaltserlaubnis[ ]  NiederlassungserlaubnisGültig bis:       |
| 2.9 Beruf |       |       |       |       |
| 2.10 Arbeitgeber Adresse |            |            |            |            |
| 2.11 Bei Kindern: Schule und derzeitige Klasse |       |       |       |       |
| 2.12 Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit |       |       |       |       |
| 2.13 Bei anderen Nicht-Erwerbstätigen: Grund |       |       |       |       |
| 2.14 Schwerbehinderung | ja [ ]  bitte Schwerbehindertenausweis beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Schwerbehindertenausweis beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Schwerbehindertenausweis beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Schwerbehindertenausweis beilegennein [ ]  |
| 2.15 Erwerbsminderungsrente | ja [ ]  bitte Rentenbescheid beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Rentenbescheid beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Rentenbescheid beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Rentenbescheid beilegennein [ ]  |
| 2.16 Schwangerschaft | ja [ ]  bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte Mutterschaftspass oder ärztl. Attest beilegennein [ ]  |
| 2.17 Kostenaufwändige Ernährung | ja [ ]  bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegennein [ ]  | ja [ ]  bitte ärztliches Attest mit Diagnose beilegennein [ ]  |
|  |
| **3. Angehörige außerhalb der Hausgemeinschaft (Kinder, Eltern, gesch. Ehegatten, Lebenspartner, Lebensgefährte):** |
| 3.1 Familienname(ggf. auch Geburtsname) |       |       |       |       |
| 3.2 Vorname(n) |       |       |       |       |
| 3.3 Geburtsdatum |       |       |       |       |
| 3.4 Familienstand/ Verwandschaftsverhältnis zum Antragsteller |       |       |       |       |
| 3.5 PLZ / Wohnort |       |       |       |       |
| 3.6 Straße, Nr. |       |       |       |       |
| 3.7 Staatsangehörigkeit |       |       |       |       |
| 3.8 Beruf |       |       |       |       |
| 3.9 Arbeitgeber/ Rentenversicherungs- / Pensionsträger |       |       |       |       |
| 3.10 Krankenkasse |       |       |       |       |
| 3.11 Art und Höhe des Einkommens (mtl. netto) |       |       |       |       |
|  |
| **Wirtschaftliche Verhältnisse des Leistungsberechtigten, seines Ehegatten/Lebenspartners/Lebens-****gefährten bzw. bei ledigen minderjährigen Leistungsberechtigten der Eltern** |
| **4.1. Einkommensverhältnisse** Bitte aktuelle Nachweise beifügen |
| 4.1 Nettoeinkommen monatlich | Antragsteller/in | Ehegatte / Lebenspartner/in /Lebensgefährte/in | Eltern |
| 4.1.1 **Arbeitseinkommen** |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.2 **Renten/Pensionen**Altersrente, Witwen-Witwerrente, Waisenrente, Betriebsrente, Unfallrente, Erwerbsminderungsrente |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.3 Einmalige Einkünfte der letzten 12 Monate |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.4 BerufsausbildungshilfeBaföG-Leistungen |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.5 Kindergeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.6 Arbeitslosengeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.7 Arbeitslosengeld II |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.8 Unterhaltsgeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.9 Pflegegeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.10 Insolvenzgeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.11 Versorgungsleistungen (BVG) |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.12 Unterhaltsvorschuss (UVG) |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.13 Krankengeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.14 Verletztengeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.15 Leistungen nach dem LAG |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.16 Elterngeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.17 Wohngeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.18 Miet- / Pachteinnahmen |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.19 Kapitalerträge |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.20 Übergangsgeld |       €  |       €  |       €  |
| 4.1.21 Sachbezüge (freie Verpflegung, freie Unterkunft etc.) |       €  |       €  |       €  |
|  |
| **Sofern keine Einkünfte erzielt wurden, bitten wir um Angabe, wovon der Lebensunterhalt sonst bestritten wurde.** |
| **4.2 Laufende Ausgaben (bitte Nachweise beifügen)** |
|  | Art, Betrag | Art, Betrag | Art, Betrag |
| a) Versicherungen (z.B. freiwillige Krankenversicherung, Haftpflicht, etc.) |             € |             € |             € |
|             €  |             € |             € |
|             € |             € |             € |
| b) Mit der Erzielung des Einkom- mens verbundene notwendige Ausgaben (z.B. Fahrtkosten; bei Fahrten mit dem Pkw zur Arbeit bitte einfache Entfernung angeben!) |             € |             € |             € |
|             € |             € |             € |
|             € |             € |             € |
|             € |             € |             € |
| **4.3 Besondere Belastungen (z.B.Krankheit, Behinderung, Unterstützung von Angehörigen, bitte Nachweise beifügen )** |
|  |             € |             € |             € |
|  |             € |             € |             € |
|  |             € |             € |             € |
| **4.4 Schulden (bitte Nachweise beifügen)** |
| Gläubiger, Art des Schuldverhältnisses und Zeitpunkt der Schuldenaufnahme | Zinsen mtl | Tilgung mtl. | derzeitige Restschuld |
|       |       € |       € |       € |
|       |       € |       € |       € |
|       |       € |       € |       € |
|  |
| **5. Vermögen (auch des Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten)** **bitte Konto-, Depotauszüge, Versicherungspolicen bzw. andere aussagekräftige Unterlagen vorlegen!** |
|  | **Konto-, Depot-Nr.,****Versicherungsnummer** | **Betrag** | **Bank, (Bau-)Sparkasse, Versicherung** |
| **5.1 Geld-/Sparguthaben****[ ]  nein** **[ ]  ja** → |       |       € |       |
| weiteres Geldguthaben /Bargeld → |       |       € |       |
| weiteres Geldguthaben /Bargeld → |       |       € |       |
| **5.2 Anleihen, festverzinsliche Wertpapiere****[ ]**  nein [ ]  ja→ |       |       € |       |
| **5.3 Aktien, Fonds,****Genossenschaftsanteile**[ ]  nein [ ]  ja → |       |       € |       |
| **5.4 Private Renten-, Lebens-, Sterbegeldversicherung, Bestattungsvorsorge**[ ]  nein [ ]  ja → |       | **Rückkaufswert**      € |       |
| **5.5 Erbansprüche, geldwerte Ansprüche**[ ]  nein [ ]  ja → | **nähere Angaben**      |
|  | **Art: Einfamilien-, Zweifamilien-, Miethaus, Eigentums-wohnung, unbebautes Grundstück, Wald, Landwirtschaft** | **Anschrift, Lage, Größe****(bitte beifügen: Lageplan und Einheitswertbescheid in Kopie)** | **Eigentümer** |
| **5.6 Haus- und/oder Grundvermögen** (**auch ausländischer Grundbesitz)**[ ]  nein [ ]  ja → |       |       |       |
| weiterer Grundbesitz → |       |       |       |
| **5.7 Sonstige Vermögenswerte (Kfz., etc.)** → |       |       |       |
|  | abgegebener Vermögenswert(z.B. Geld-, Grundvermögen)bitte näher bezeichnen! | **Datum der****Vermögensabgabe** | **Empfänger des Vermögens****(Name und Anschrift)** |
| **5.8 Schenkungen****In den letzten 10 Jahren**[ ]  nein [ ]  ja → |       |       |       |
| Weitere Vermögensabgabe Grund, Art → |       |       |       |
| **5.9 Vertragliche Ansprüche aus (notariellem) Übergabe-, Überlassungs-, Schenkungsvertrag** **Bitte (notariellen) Vertrag vollständig in Kopie beifügen!** |
| **Anspruch auf** | **Vertrag vom** | **Notariat, Urkunden-Nr.** | **Name, Anschrift des Verpflichteten** |
| **Wohnrecht, Wart und****Pflege, Kost, Nießbrauch, Geldleistungen etc.**[ ]  nein [ ]  ja → |       |       |       |
| **weiterer Vertrag mit****Austragsleistungen** → |       |       |       |
| **Verzicht auf vertragliche Ansprüche**[ ]  nein [ ]  ja → |       |       | Name, Anschrift des Befreiten      |
| **5.10** **Aufenthaltsverhältnisse des Leistungsberechtigten vor der Aufnahme in die Einrichtung**Maßgeblich ist der gewöhnliche Aufenthalt, dies ist der Ort, an dem man sich unmittelbar vor der Aufnahme in die Einrichtung nicht nur vorübergehend bzw. besuchsweise aufgehalten hat (in der Regel ist dies die letzte Wohnanschrift). **Bei mehreren Aufenthaltsorten vor Heimaufnahme bitte die genaue zeitliche Abfolge der Aufenthalte angeben!** |
| **Wie lautet die letzte Wohnanschrift bzw. wo haben Sie sich in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme in die Wohngruppe tatsächlich aufgehalten** → |       |
| **Es handelte sich um eine** → | [ ]  **Eigentumswohnung, eigenes Haus****[ ]  Wohnung mit Wohnrecht** **[ ]  Mietwohnung; Miete** →       €**[ ]**       |
|  |
| **5.11 Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz bzw. nach dem Soldatenversorgungsgesetz** |
| **Kriegsopfer/****Kriegsbeschädigter**[ ]  nein [ ]  ja → | [ ]  **der Leistungsberechtigte** **[ ]  der Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährte des Leistungsberechtigten ist Kriegsbeschädigter****[ ]  der Vater/die Mutter des Leistungsberechtigten** **[ ]  Kriegsbeschädigtenrente des Versorgungsamtes wird gewährt** (bitte Nachweis beifügen) |
|  | **[ ]  der Vater/die Mutter** **[ ]  das Kind** **[ ]  der Ehegatte/LP/LG** **[ ]  der frühere Ehegatte****ist aufgrund von Kriegsereignissen** **[ ]  gefallen/ums Leben gekommen****[ ]  vermisst****[ ]  Hinterbliebenenversorgung des Versorgungsamtes wird gewährt** (bitte Nachweis beifügen) |
| **5.12 Beruflicher Werdegang (bitte die letzten Beschäftigungsverhältnisse angeben)** |
|  | **[ ]  der Leistungsberechtigte** **[ ]  der Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährte hat nie gearbeitet** |
|  | **von - bis** | **beschäftigt bei** (Firma, Betrieb) | **als** (Tätigkeit bitte angeben) |
| **des Leistungsberechtigten** → |       |       |       |
| → |       |       |       |
| **des Ehegatten/ Lebens-****partners/Lebensgefähr-ten** → |       |       |       |
| → |       |       |       |
| **5.13 Weiterer früherer Ehegatte** (wenn der Leistungsberechtigte **mehrfach verheiratet** war/bei **Scheidung** bitte Scheidungsurteil in Kopie beifügen) |
|  | **Vorname, Name****ggf. aktuelle Anschrift** | **Geburtsdatum** |  |
| [ ]  nein [ ]  ja → |       |       | [ ]  **verwitwet** [ ]  **geschieden**  | **seit**       |
| **6. Wohnverhältnisse des Leistungsberechtigten und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen** |
| 6.1 [ ]  Mietwohnung | [ ]  Untermieter Wohnfläche |       | qm |
|  |
| Miete mtl. |       € |  (ohne Heizung oder Zuschläge für Garagen, Stellplätze, Möblierung, Untervermietung, etc)  |
|  |  |
| Nebenkosten Nebenkosten mtl.  |       € |  (z.B. Wasser, Abwasser, Müll, Gemeinschaftsstrom) |
|  |  |  |
| Heizungskosten mtl. |       € |
|  |
|  |  |
| 6.2 [ ]  Eigentumswohnung [ ]  eigenes Haus [ ]  freies Wohnrecht |
| monatlich anfallende Kosten (z.B. Grundsteuer, Gebühren,Schuldzinsen, Schuldentilgung) |       €  |
|  |
| 6.3 Wohngeld [ ]  wurde beantragt am |       | bei(m) |       |
|  |
|  [ ]  ist bewilligt in Höhe von mtl. |       € | bis einschließlich |       |  |
|  |
| **7. Bankverbindung des/der Leistungsberechtigten** |
| Bankinstitut       | IBAN       | BIC  |
| Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass gewährte Leistungen wie Miete, häusl. Pflegehilfe, Betreuungsleistungen, etc. direkt an den Vermieter bzw. an die Anbieter/Pflegedienste überwiesen werden. [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **8. Sonstiges:** |
|       |
| **Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut, Telefon: 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de.Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen oder zur Wahrnehmung von Prüfungsrechten und –pflichten nach SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BayKiBiG, BaySchFG, LAG und BStatG.Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 69 Abs. 1 SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, sonstige Zahlungspflichtige) übermittelt werden.Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter [*www.bezirk-niederbayern.de*](http://www.bezirk-niederbayern.de) abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von unserem behördlich bestellten Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Projekt 29 GmbH & Co. KG, Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Telefon: 0941/2986930, E-Mail: info@projekt29.de erreichen können. |
| Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialhilfe zurückzahlen muss.Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Rente, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltsangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit - soweit für die Hilfegewährung erforderlich - Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte, einzusehen sowie beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dort vorliegende Unterlagen anzufordern. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.Meine Angaben können ggf. durch einen Kontenabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i.V.m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFürsV erteilt. |
|      **................................................................****Ort, Datum** | **..................................................................****Unterschrift Leistungsberechtigter /****Betreuer/ gesetzlicher Vertreter** | **...................................................................****Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/****Lebensgefährte** |

Antrag ambulante Hilfe Stand 01-2024