|  |  |
| --- | --- |
| **Hinweise gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) siehe Beiblatt** | |
| **I. Angaben zur Person:** (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen) | |
| 1. Anrede | Herr  Frau  (frei Eingabe): |
| 1. Name (ggf. Geburtsname) |  |
| 1. Vorname/n |  |
| 1. Geburtstag / Ort / Kreis |  |
| 1. Familienstand |  |
| 1. Staatsangehörigkeit | [[1]](#footnote-1) |
| (Bei Ausländern Passkopie und Nachweis des Aufenthaltsstatus/Freizügigkeitsbescheinigung beifügen) | |
| 1. Schwerbehindertenausweis | nein  ja GdB       beantragt  nein  ja |
| 1. Zuletzt polizeilich gemeldet in: |  |
| 1. Gesetzliche Betreuung | nein  ja |
| 1. Name Betreuer   Anschrift  Telefon (freiwillige Angabe) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | **Az.:** **/** |   **Bezirk Niederbayern**  **-Sozialverwaltung-**  Am Lurzenhof 15  **84036 Landshut** | | |  |
|  |  | **Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach §§ 67, 68 SGB XII** | |  |
| **ab:** |  |
|  |  | **Einrichtung:** |  |
|  |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Einkommen:** (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen. Schwärzungen von Angaben vgl. Anlage) | |
| 1. Lohn/Gehalt etc. | nein  ja,       € |
| 1. Renten |  |
| Erwerbsminderungsrente | nein  ja  Anspruch könnte bestehen |
| Altersrente | nein  ja |
| Sonstige Renten (z.B. Unfallrente, Waisenrente, Witwenrente) | nein  ja |
| Rentenversicherungsträger |  |
| Versicherungsnummer |  |
| Rentenhöhe | € |
| 1. Krankengeld | nein  ja,       € |
| 1. Arbeitslosengeld (SGB III) | nein  ja,       €  beantragt |
| 1. Bürgergeld (SGB II) | nein  ja,       €  beantragt bei |
| 1. Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) | nein  ja,       € |
| 1. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe) | nein  ja,       € |
| 1. Sonstiges Einkommen | nein  ja,       € |
| 1. Wovon wurde zuletzt der Lebensunterhalt bestritten |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. Vermögen im In- und Ausland:** (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen) | |
| 1. Bargeld   Bankguthaben  sonstiges Vermögen  (z.B. Kfz, Sparanlagen, Depotkon-ten, Lebens-/Kapitalversicherun-gen, Sterbevorsorgeverträge, etc.) | nein  ja, Höhe       €  nein  ja, Höhe       €  nein  ja, Höhe       € |
| 1. Haus- oder Grundbesitz | nein  ja, Lage |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Zahlungsverpflichtungen:** (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen) | |
| Unterhaltsverpflichtungen  Schuldverpflichtungen | ca.       € mtl.  ca.       € mtl. Tilgung / Ratenzahlung        € Gesamtsumme |

|  |  |
| --- | --- |
| **V. Krankenversicherung:** (Bitte jeweilige Nachweise in Kopie beifügen) | |
| Zuletzt Mitglied in welcher Kasse? |  |
| Krankenversichert als | Pflichtmitglied  freiwilliges Mitglied  Rentner  Familienversicherung  Sonstiges (z.B. privat versichert; bitte erläutern): |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. Familienverhältnisse:** | |
| Ehe-/Lebenspartner(in):  Name, Vorname  Geburtsname, geb.,  Adresse |  |
| Kinder: Name, Vorname,  Geburtsname, geb.,  Adresse |  |
| Eltern: Name, Vorname  Adresse |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VII. Berufliche Situation:** | |
| Erlernter Beruf |  |
| Ausgeübte Tätigkeiten: |  |
| von       bis | als |
| von       bis | als |
| von       bis | als |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Aufenthaltsverhältnisse vor der Aufnahme:**   **🢥 Bitte möglichst exakt und weit zurückgehend angeben!** | | | |
| **Zeitraum** | **Anschrift** | **Unterkunftsart** | **Bemerkungen** |
| von - bis | Straße und Ort | Eigene Wohnung?  Einrichtung? JVA? etc. | Grund des Wechsels,  Leistungsträger, etc. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Kurze Begründung der Notwendigkeit der (teil-) stationären Hilfe**  **nach §§ 67, 68 SGB XII** |
|  |
| Eine Inanspruchnahme der Eltern/Kinder auf Unterhalt würde den Erfolg der Hilfe gefährden   Ja, weil ……………………………………………………………………………………………………………  Nein |

**Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.**

………..……………………………………………….………………………………………………..

Antragsteller Datum

Innerhalb von 6 Wochen nach Aufnahmedatum erfolgt die Zusendung des Hilfeplans.

………………………………………………………..…………………………………………………

Mitarbeiter Einrichtung / Träger Datum

………………………………………………………...

Telefon

|  |
| --- |
| **Hinweise gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):** |
| Verantwortlicher i.S.d. DSGVO: Bezirk Niederbayern, Sozialverwaltung, , , Tel. 0871/97512-100, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de  Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistungen vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I). Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 e), Abs. 2 DSGVO.  Ihre Daten können vom Bezirk Niederbayern –Sozialverwaltung- im Rahmen seiner 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 (§§ 121 ff. SGB XII).  Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gem. § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.  Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:  Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).  Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Niederbayern, -Sozialverwaltung-, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den behördlich bestellten Datenschutzbeauftragten des Bezirks Niederbayern erreichen Sie unter Projekt 29 GmbH & Co. KG, Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Telefonnummer: 0941/ oder über folgende E-Mail-Adresse: anfrage@projekt29.de  Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz. |

1. nicht relevante Daten, wie Größe und Augenfarbe, können abgedeckt oder auf der Kopie geschwärzt werden [↑](#footnote-ref-1)