

Von der Behörde auszufüllen:

- Antragstellung erfolgte im Rahmen der Erstberatung am:
- Antrag wurde von Antragstellenden/Vertrauensperson übermittelt;

Eingang:

Antrag für volljährige Personen auf Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen

Wozu dient dieser Antrag?

Sie möchten Eingliederungshilfe als Unterstützung beantragen. Eingliederungshilfe ist eine Leistung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Dafür braucht die Stadt Delmenhorst von Ihnen Informationen und Unterlagen. Bitte füllen Sie dazu diesen Antrag sorgfältig aus. Dabei kann Sie auch jemand unterstützen, z.B. Ihre rechtliche Betreuung, eine Person Ihres Vertrauens oder eine Beratungsstelle.

Vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 8 zu unterschreiben. Damit bestätigen Sie, dass alles richtig ist, was Sie geschrieben haben. Haben Sie eine rechtliche Betreuung? Dann kann auch Ihre Betreuerin oder Ihr Betreuer unterschreiben.

Die Angaben sind notwendig, damit die Stadt Delmenhorst über Ihre Unterstützung entscheiden kann. Deshalb dürfen Ihre Daten abgefragt werden. Das steht im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in § 67a Abs. 2 Satz 1. Die Angaben dürfen auch gespeichert und genutzt werden. Dafür muss die Stadt Delmenhorst das Gesetz beachten (§ 67b Abs. 1 SGB X).

Ich beantrage nachstehende Leistungen der Eingliederungshilfe - § 102 SGB IX

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> besondere Wohnform | <input type="checkbox"/> Tagesstätte |
| <input type="checkbox"/> ambulante Betreuung | <input type="checkbox"/> Werkstatt |
| <input type="checkbox"/> Autismus Therapie | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Heiminterne Tagesstruktur | <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe an Bildung |
| <input type="checkbox"/> Tagesförderstätte | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Hier können Sie näher beschreiben welche Bedarfe und Wünsche Sie haben:



Ich wünsche die beantragte Leistung durch folgenden Anbieter (falls bereits bekannt):		
Ich wünsche die beantragte Leistung als persönliches Budget: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Eingliederungshilfe bezogen? <input type="checkbox"/> Ja (bitte auch die nächste Zeile ausfüllen) <input type="checkbox"/> Nein		
Beziehen Sie jetzt gerade Eingliederungshilfe? <input type="checkbox"/> Ja (bitte auch die nächste Zeile ausfüllen) <input type="checkbox"/> Nein		
Welche Leistungen?	Von wann bis wann?	Bei wem?

1. Persönliche Angaben zu Ihnen (Antragsteller*in)

Name, Vorname (ggf. frühere Namen):		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Telefonnummer:		E-Mail:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Aufenthaltstitel oder Status (bei anderer Staatsangehörigkeit als deutsch): <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Sonstiges: Einreise in die BRD am: _____		
Wenn Sie einen Aufenthaltstitel haben, schicken Sie bitte eine Kopie an uns.		
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Meine derzeitige Adresse ist (Straße, Nummer, PLZ, Ort):		
Ich wohne in einer <input type="checkbox"/> eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> besonderen Wohnform <input type="checkbox"/> Wohnung mit anderen zusammen (z.B. Ehegatten, Eltern) <input type="checkbox"/> andere Unterbringung: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe keine feste Wohnung		



2. Bevollmächtigte/ rechtliche Betreuung

Werden Sie durch eine gesetzliche Betreuung oder bevollmächtigte Person vertreten? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Betreuungsausweis oder die Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> Nein		
Angaben zu der bevollmächtigten Person/rechtliche Betreuung		
Name, Vorname:		
Adresse (Straße, Nummer, PLZ, Ort):		
Telefonnummer	Telefax	E-Mail

3. Schwerbehinderung

<input type="checkbox"/> Ja (Bitte den Feststellungsbescheid oder den Ausweis über die Schwerbehinderung beifügen.) <input type="checkbox"/> Beantragt am:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgelehnt am:	
Gültig bis:	Merkzeichen:	Grad der Behinderung:

4. Kranken- und Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> Keine Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Freiwillig <input type="checkbox"/> Privat
Name der Krankenversicherung:	Versicherungsnummer:
festgestellter Pflegegrad: seit: Bitte den Bescheid der Pflegekasse und das aktuelle ausführliche Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beifügen. <input type="checkbox"/> Beantragt am:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgelehnt am:



Ich erhalte Leistungen der Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Sachleistungen <input type="checkbox"/> Kombileistungen <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag
Ich erhalte Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) <input type="checkbox"/> Ja (bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein

5. Rentenversicherung

Name des Rententrägers:	Rentenversicherungsnummer:
-------------------------	----------------------------

6. Angaben über Ihren Schulbesuch und/oder Ihren Beruf

<input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Ohne Berufsabschluss
Erreichter Schulabschluss:	im Jahr:
Weitere Bildungsabschlüsse:	Jahre:
Erlerner Beruf:	im Jahr:
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen:	im Jahr:
Aktueller bzw. letzter Arbeitgeber:	von - bis
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:	von – bis
Ich bin derzeit in einer Maßnahme der Agentur für Arbeit/des Jobcenters: <input type="checkbox"/> Ja, ich mache folgendes: (bitte Kopien der Maßnahme beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	



Die Angaben zum Einkommen/Einkünfte werden benötigt, um den Eigenanteil in Form eines Beitrages zu ermitteln. Dafür benötigen wir Ihre Einkünfte vom Vorvorjahr. Für das Jahr 2023 brauchen wir also die Einkünfte aus dem Jahr 2021.

Beziehen Sie derzeit existenzsichernde Leistungen?

- Bürgergeld vom Jobcenter/Arbeitslosengeld II
- Hilfe zum Lebensunterhalt beim Sozialhilfeträger
- Grundsicherung beim Sozialhilfeträger

Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid beifügen.

9. Einkünfte des Vorvorjahres (Antragstellung 2023 = Einkünfte aus 2021)

Art der Einkünfte	Höhe im Monat
<input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft	
<input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb	
<input type="checkbox"/> Selbständiger Arbeit	
<input type="checkbox"/> Nichtselbständiger Arbeit	
<input type="checkbox"/> Kapitaleinkünfte	
<input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung	
<input type="checkbox"/> Altersrente	
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	
<input type="checkbox"/> Pension	
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte	

Bitte fügen Sie Ihre Einkommenssteuerbescheide und/oder Ihre Rentenbescheide aus dem Vorvorjahr bei.

Sofern erhebliche Änderungen des Einkommens von heute gegenüber dem Vorvorjahr bestehen z.B. bei vorheriger Arbeitslosigkeit, Renteneintritt, Wechsel des Arbeitsverhältnisses von Vollzeit auf Teilzeit sind die voraussichtlichen Einkünfte des laufenden Jahres zu ermitteln.

10. Einkünfte im Jahr der Antragstellung (nur bei erheblichen Änderungen zum Vorvorjahr)

Haben sich im Jahr der Antragstellung die Einkünfte bzw. Renteneinkünfte gegenüber dem Vorvorjahr erheblich verändert?

- Nein Ja und zwar, weil



Art der Einkünfte	Neue Höhe nach der Änderung
<input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft	
<input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb	
<input type="checkbox"/> Selbständiger Arbeit	
<input type="checkbox"/> Nichtselbständiger Arbeit	
<input type="checkbox"/> Kapitaleinkünfte	
<input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung	
<input type="checkbox"/> Altersrente	
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente	
<input type="checkbox"/> Pension	
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte	

11. Informationen zu Ihrem Vermögen

Was ist Vermögen?

Zum Vermögen zählt das gesamte verwertbare Vermögen wie z. B. Bargeld, Konten (z. B. Girokonto, Sparguthaben, PayPal), Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile, Lebens- oder Unfallversicherung mit Rückkaufswert, Wertpapiere, Erbansprüche, sonstige vertragliche Ansprüche, Nießbrauch (Nutzungsrechte). Wenn Sie wertvolle Wertgegenstände wie z. B. ein Auto besitzen, gehört auch dieser Wert zum Vermögen.

Art des Vermögens			Betrag in Euro
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Bankguthaben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Zahlungsdienstleister z.B. PayPal Konto	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Geldanlage, Lebens-, Kapitalversicherung, Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Staatl. geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Kraftfahrzeug/ Motorrad/ Kleinkraftrad	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Haus- und Grundbesitz im In- und Ausland	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus



			<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Land- und forstwirtschaftlicher Grundbesitz <input type="checkbox"/> Unbebautes Grundstück <input type="checkbox"/> Sonstiger Grundbesitz:
davon selbst bewohnt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Grundstücksgröße: Wohnfläche: Verkehrswert: Miet- und Pachteinnahmen: Belastung/Zinsen: Tilgung:

Weiteren Grundbesitz bitte auf einem Beiblatt in gleicher Weise beschreiben.

Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise zu Ihrem Vermögen bei.

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren verschenkt oder sonst übertragen oder zur Schuldentilgung verwendet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, wann:
Verwendungszweck:
Anschrift Empfänger:
Vermögensart/Wert in €:

12. Ihre Unterschrift

<p>Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.</p> <p>Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Fachdienst für Soziale Leistungen mitteilen.</p> <p>Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.</p> <p>Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.</p>

Datum

Name, Vorname des Antragstellenden

Unterschrift



Anlagen

1. Erklärung über die Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht
2. Zustimmungserklärung im Gesamt- und Teilhabeplanverfahren
3. Merkblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO)
4. Hinweise zur Mitwirkungspflicht
5. EUTB- Flyer

Haben Sie an alle Unterlagen gedacht?

unterschriebene Erklärung über die Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht (Anlage 1).

unterschriebene Zustimmungserklärung im Gesamt- und Teilhabeplanverfahren (Anlage 2)

Ärztliche Gutachten und Berichte (mit ICD-10 Codes).

Personalausweis/Reisepass.

Aufenthaltstitel (bei nicht deutscher Staatsangehörigkeit).

Betreuungsausweis/Vollmacht.

Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden).

Bescheid der Pflegekasse über die Einstufung in einen Pflegegrad (falls vorhanden).

Aktuelles und ausführliches Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkasse (falls vorhanden).

Bewilligungsbescheid über Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (falls vorhanden).

Wenn derzeit eine Maßnahme durch das Jobcenter gemacht wird, bitte entsprechende Nachweise beifügen.

Bewilligungsbescheid des Jobcenters/Sozialhilfeträger (falls vorhanden).

Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres. Wenn kein Einkommenssteuerbescheid vorhanden ist, dann Verdienstbescheinigungen.

Rentenbescheide des Vorjahres.

Wenn Ihre aktuellen Einkünfte von dem des Vorjahres erheblich abweichen, fügen Sie bitte aktuelle Einkommensnachweise bei.

Kontoauszüge der letzten drei Monate.

Bei weiterem Vermögen entsprechende Nachweise bitte beifügen (Grundbuchauszug, Sparverträge etc.).



Anlage 1: Erklärung über die Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnort	

gesetzlich vertreten durch (Betreuer/Betreuerin, Vollmachtnehmer- und nehmerin)

Name, Vorname	
Anschrift	

Ich habe einen Antrag auf Eingliederungshilfe bei der Stadt Delmenhorst als zuständiger Eingliederungshilfeträger gestellt.

Damit der zuständige Eingliederungshilfeträger feststellen kann, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen und in welcher Art und Weise Leistungen zu erbringen sind, muss er sich entsprechend informieren können. Hierzu bin ich als Antragsteller/in nach §§ 60 ff. Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) verpflichtet, solche für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben und Auskünfte selbst zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Erklärung des Leistungsberechtigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Soweit Gutachten und Entwicklungsberichte von Mitarbeitenden der Einrichtung, in der ich mich befinde, in dem o.a. Sinne und Umfang für die Stadt Delmenhorst erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesem gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte/personenbezogene Daten/Gutachten, Diagnosen/Feststellungen, Stellungnahmen, die vom zuständigen Eingliederungshilfeträger von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- Der Amtsärztin/dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um die Untersuchung gebeten worden ist,
- dem medizinischen Dienst der Krankenkassen,
- dem Sozialpsychiatrischen Dienst Delmenhorst,
- dem Sozialen Dienst Delmenhorst

Diese Erklärung ist jederzeit durch mich ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufbar.

Mir ist bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend der Vorgaben der Sozialgesetzgebung (SGB) stattfindet. Auf dieser Basis können zur Prüfung der Leistungspflicht Daten durch das Sozialamt an das zuständige Gesundheitsamt zur Stellungnahme oder Begutachtung übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellenden



Anlage 2: Zustimmungserklärungen im Gesamtplan- oder Teilhabeplanverfahren

1. § 117 Abs. 3 Satz 1 SGB IX Einbeziehung der Pflegekasse in das Gesamtplanverfahren

Wenn Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch bestehen, darf die zuständige Pflegekasse durch den Träger der Eingliederungshilfe informiert werden. Die Pflegekasse muss in diesem Fall am Gesamtplanverfahren beratend teilnehmen, soweit dies zur Feststellung der Leistungen erforderlich ist.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

2. § 117 Abs. 3 Satz 2 SGB IX Einbeziehung des Trägers der Hilfe zur Pflege in das Gesamtplanverfahren

Wenn Anhaltspunkte für die Erforderlichkeit der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII bestehen, soll der zuständige Träger dieser Leistungen durch den Träger der Eingliederungshilfe informiert werden. Er soll am Gesamtplanverfahren teilnehmen, soweit dies zur Feststellung der Leistungen erforderlich ist.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

3. § 117 Abs. 4 SGB IX Einbeziehung des Trägers der existenzsichernden Leistungen in das Gesamtplanverfahren

Wenn Anhaltspunkte für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt (existenzsichernde Leistungen) bestehen, ist der Träger dieser Leistungen durch den Träger der Eingliederungshilfe zu informieren und am Gesamtplanverfahren zu beteiligen, soweit zur Feststellung der Leistungen erforderlich ist.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

4. § 119 Abs. 1 Satz 1 SGB IX Durchführung einer Gesamtpflichtkonferenz

Der Träger der Eingliederungshilfe kann eine Gesamtpflichtkonferenz durchführen, um die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 für mich sicherzustellen.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

An der Konferenz möchte ich teilnehmen.

Ja Nein

5. § 119 Abs. 4 Satz 1 SGB IX Elternassistenz zur Durchführung einer Gesamtpflichtkonferenz

Beantragt eine behinderte Mutter oder ein behinderter Vater Leistungen zur Deckung von Bedarfen bei der Versorgung und Betreuung eines oder mehrerer Kinder, so ist eine Gesamtpflichtkonferenz durchzuführen.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu



6. § 119 Abs. 4 Satz 2 Elternassistenz zur Einbeziehung anderer Stellen

Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Deckung von Bedarfen bei der Versorgung und Betreuung durch Leistungen anderer Leistungsträger, durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld oder ehrenamtlich gedeckt werden können, so informiert der Träger der Eingliederungshilfe die als zuständig angesehenen Leistungsträger, die ehrenamtlich tätigen Stellen und Personen oder die jeweiligen Personen aus dem persönlichen Umfeld der leistungsberechtigten Person und beteiligt diese an der Gesamtkonferenz.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu

7. §§ 19 Abs. 1, 20 Abs. 1, 20 Abs. 3 SGB IX Durchführung eines integrierten Teilhabeplanverfahrens

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen zur Rehabilitation (§ 5 SGB IX) oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, findet nach §§ 19 ff SGB IX ein Teilhabeplanverfahren statt, in dem für den Träger der Eingliederungshilfe die Vorschriften über die Gesamtplanung ergänzend Anwendung finden. Dabei werden die Leistungen der jeweiligen Leistungsträger gemeinsam beraten. Die Einbeziehung der in den vorgenannten Bestimmungen genannten Leistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen oder des Jobcenters bedürfen der Zustimmung der leistungsberechtigten Person; diese umfasst dann auch die in Ziffer 1 bis 6 genannten Stellen

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu

Wenn der Träger der Eingliederungshilfe durch meine Zustimmung in vorangehender Liste weitere Stellen in meiner Angelegenheit kontaktiert, bin ich mit der dafür erforderlichen Datenübermittlung und dem Datenaustausch einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die Leistungen zur Teilhabe nicht aus einer Hand durch den Träger der Eingliederungshilfe erbracht werden, sondern die Erbringung der Leistungen einzeln und unabhängig voneinander durch den jeweils zuständigen Träger erfolgt, wenn ich den vor genannten Punkten ganz oder in Teilen nicht zustimme. Gegebenenfalls entstehende Leistungslücken werden nicht durch den Träger der Eingliederungshilfe aufgefangen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellenden



Anlage 3: Merkblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Herangezogene Kommune	Stadt Delmenhorst - Die Oberbürgermeisterin
Straße	Rathausplatz 1
PLZ Ort	27749 Delmenhorst
Tel.	(04221) 99 11 01
E-Mail:	Kontakt-oberbuergermeisterin@delmenhorst.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

Den*die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter

datenschutz@delmenhorst.de

bzw. postalisch unter

Schulstr. 5, 27749 Delmenhorst

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.



Anlage 4: Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Gesetzestext – Auszug

§ 60 SGB I – Angaben von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 SGB I - Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 SGB I - Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 66 SGB I - Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und



seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 SGB I - Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

