Mühlenkreis
MINDEN-LÜBBECKE

Az.: 50.2. _____

Kreis Minden-Lübbecke - Sozialamt - Portastr. 13 32423 Minden	**Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen** **nach dem Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX)**	**Datum:**

1. Beantragte Hilfeart *(zutreffende Hilfeart ankreuzen; im Bedarfsfall sind mehrere Nennungen möglich)*

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

☐ Hilfe zu angemessener Schulbildung
☐ Familienentlastende Dienste (FeD)
☐ Ferienbetreuung für schulpflichtige behinderte Kinder
☐ Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen
☐ Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
☐ Wohnumfeldverbesserung
☐ Hilfsmittel *(bitte Art angeben):* _____

2. Nachfragende Person (NP) *(Antragsteller/in)*:

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Adresse, Telefon-Nr. *(anzugeben ist die Adresse, an der Sie gemeldet sind):*		
Beruf oder Schüler/in welcher Schule: arbeitslos: ☐ ja; ☐ nein	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

3. Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort

Falls Sie derzeit in der Regel an einer anderen als Ihrer auf Seite 1 angegebenen Meldeadresse wohnen, die jedoch <u>*keine Einrichtung*</u> ist (z. B. bei Angehörigen oder Bekannten), geben Sie bitte diese Adresse an:

_____.

Falls Ihre auf Seite 1 genannte Meldeadresse <u>*eine Einrichtung*</u> ist, geben Sie bitte Ihre letzte Adresse *außerhalb* einer Einrichtung an (sollten Sie bei Angehörigen oder Bekannten gewohnt haben, ist deren Adresse anzugeben):

4. Angehörige ***(soweit vorhanden)***

- Ihr Vater (Angabe <u>nur</u> erforderlich, wenn noch nicht verstorben)

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.:		
Beruf: arbeitslos: ☐ ja; ☐ nein	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

- Ihre Mutter (Angabe nur erforderlich, wenn noch nicht verstorben)

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.:		
Beruf: arbeitslos: ☐ ja; ☐ nein	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

- Ihr Ehegatte (auch geschiedene/r) **bzw. Lebenspartner/in oder Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft**

Name, Vorname:	Nebenstehend genannte Person ist Ihr/e: ☐ Ehegatte; ☐ Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft ☐ Lebenspartner/in in eingetragener Lebensgemeinschaft	
Geburtsdatum:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Straße, PLZ, Wohnort, Telefon-Nr.:		
Beruf od. Schüler/in welcher Schule: arbeitslos: ☐ ja; ☐ nein	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	
Falls Sie geschieden sind, geben Sie den/die Namen, Geburtsdatum und heutige Adresse des /der von Ihnen geschiedenen früheren Ehegatten an:		

- Ihre Kinder *(auch Kinder aus früheren Ehen und Adoptivkinder, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)*

Name, Vorname:	**Geburtsdatum:**	**Straße, PLZ, Wohnort:**

- Weitere Personen, die dauerhaft in Ihrer Wohnung leben

Name, Vorname	**Geburtsdatum**	**Pers. Stellung zu Ihnen**	**Beruf od. Schüler/in welcher Schule**

5. Amtliche Betreuung oder Vollmacht

Haben Sie einen amtlichen Betreuer oder haben Sie jemanden zur Wahrnehmung Ihrer Interessen bevollmächtigt: ☐ **ja** *(unten eintragen);* ☐ **nein**

Name, Vorname: **Adresse:** **Telefon-Nr.:**		***Nebenstehend genannte Person ist:*** ☐ Ihr/e amtliche/r Betreuer/in ☐ Ihr/e Bevollmächtigte/r *(zutreffendes bitte ankreuzen)*
Aufgabenkreis des Betreuers / der Betreuerin:		

6. Einkünfte (*Anzugeben sind **alle** Einkünfte der genannten Personen; die der Eltern nur dann, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)*

zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen, wo erforderlich	*zutreffendes ankreuzen*	**Nachfr. Person € / Monat**	**Ehegatte / Lebenspartner € / Monat**	**Vater € / Monat**	**Mutter € / Monat**
Arbeitseinkommen					
Selbstständige Tätigkeit	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Nettoerwerbseinkommen	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Renten aus der Sozialversicherung:					
☐ Altersrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
☐ Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
☐ Witwen-/Witwerrente; ☐ Waisenrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
☐ Unfallrente/n	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
☐ *auch:* Kindererziehungsleistung	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
***Sonstige Renten** (bitte eintragen):*					
_____ -rente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
_____ -rente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
BVG: ☐ Grundrente; ☐ Ausgleichsrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
LAG: Entschädigungsrente / Unterhaltshilfe	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Beamtenrechtliche Pension / Ruhegehalt	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Sonstige Einkünfte					
Arbeitslosengeld ☐ I; ☐ II (Hartz IV)	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Blindengeld - *nach dem GHBG*	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Landeshilfe für hochgradig Sehbehinderte	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Kindergeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
☐ Krankengeld / ☐ Übergangsgeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
☐ Miete / ☐ Pacht	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Unterhalt: ☐ USG; ☐ UVG; ☐ Angehörige	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Wohngeld - *nach dem Wohngeldgesetz*	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Sonstige: _____	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____

Beziehen Sie bereits Sozialhilfeleistungen: ☐ **ja** (*welcher Art:* _____); ☐ **nein**

wenn ja: Wer zahlt diese Leistung: ☐ **Sozialamt der Stadt/Gemeinde:** _____; ☐ **Landschaftsverband**

7. Vermögen *(Anzugeben ist jeweils das **gesamte** Guthaben; das der Eltern nur dann, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)*

zutreffendes eintragen bzw. ankreuzen, wo erforderlich	*zutreffendes ankreuzen*	**Nachfr. Person €**	**Ehegatte / Lebenspartner €**	**Vater €**	**Mutter €**
Bargeld mit Taschengeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Girokonten - bei der Bank/Sparkasse:					
1. _____ IBAN: _____ ;	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
2. _____ IBAN: _____	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Sparguthaben - bei der Bank/Sparkasse:					
1. _____ Kto.-Nr.: _____ ;	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
2. _____ Kto.-Nr.: _____	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
☐ Sparverträge / ☐ Festgeldkonten	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Wertpapiere (Art: _____)	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Bausparverträge	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Geschäftsanteile (an Firma:)	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____
Sonstige Guthaben welcher Art:	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____	_____	_____

Sind Sie/Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Halter von Kraftfahrzeugen: ☐ **ja** *(bei mehreren Kfz. ggf. gesonderte Aufstellung beifügen);* ☐ **nein**

wenn ja: ☐ PKW; ☐ Kraftrad; ☐ LKW; ☐ Bus; Amtl. Kennzeichen: _____;

Hersteller des/der Kfz. mit Angabe der Modellbezeichnung/en: _____;

Restwert lt. Gutachten einer Kfz-Schätzungsstelle oder Bescheinigung einer Markenvertretung: _____ **€**

8. Immobilien *(Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)* **Rentabilitätsberechnung/en beifügen**

Sind Sie/Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Eigentümer von Immobilien: ☐ **ja** *(bitte eintragen; ggf. gesonderte Aufstellung beifügen);* ☐ **nein**

An-zahl	**Art der Immobilie/n**	**Lage der Immobilie/n** *(Adresse/n)*	**nicht eigengenutztes Wohneigentum** *(zutreffendes ankreuzen und eintragen)*
	Einfamilienhaus/-häuser		Haben Sie Grundstücke bzw. Wohnungen vermietet: ☐ **ja** *(Anzahl):* _____ ; ☐ **nein** Haben Sie anderen Personen Grundstücke bzw. Wohnungen *mietfrei* zur Nutzung überlassen: ☐ **ja** *(Namen/Adressen dieser Personen);* ☐ **nein**
	Zweifamilienhaus /-häuser		
	Mehrfamilienhaus /-häuser *- wieviel Wohnungen im Haus: __*		
	Eigentumswohnung/en		
	Betrieb / Hof		wird der Betrieb/Hof noch betrieben: ☐ **ja;** ☐ **nein** wurde der Betrieb/Hof verpachtet: ☐ **ja;** ☐ **nein**
	Unbebaute Grundstücke	*hier Gemarkung, Flur und Flurstück angeben*	wurden Grundstücke verpachtet: ☐ **ja;** ☐ **nein**

9. Verbindlichkeiten *(Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)*

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern Kreditverträge abgeschlossen: ☐ **ja** *(unten eintragen, ggf. gesonderte Aufstellung);* ☐ **nein**

Gläubiger *(Sparkasse, Bank, Firma)*	**Kreditvertrag vom**	**Höhe der Restschuld**	**Belastung/Monat**
		€	**€**

		€	€
Grund für die Kreditaufnahme:			

10. Schenkungen / Private Darlehen *(Angaben für die Eltern nur dann machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)*

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt: ☐ **ja** *(unten eintragen);* ☐ **nein**

Haben Sie, Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Ihre Eltern jemandem Geldbeträge geliehen (privates Darlehen): ☐ **ja** *(unten eintragen);* ☐ **nein**

Begünstigte/r *(Name, Adresse)* *(ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)*	**Art der Zuwendung** *(was wurde übergeben)*	**Form der Zuwendung** *(bitte ankreuzen)*	**Wert d. Zuwendung** *(Betrag)*
		☐ Geschenk / ☐ Darlehen	€
		☐ Geschenk / ☐ Darlehen	€
		☐ Geschenk / ☐ Darlehen	€

Bei Übertragung von Grundeigentum: Wann wurde der Kauf- oder Übertragsvertrag geschlossen *(Datum angeben)*: _____

Wurde aus diesem Anlass ein Wertgutachten für das/die übertragene/n Grundstück/e erstellt: ☐ **ja;** ☐ **nein**

Wenn Geldbeträge verliehen wurden: Wie hoch ist aktuell der noch nicht wieder an Sie zurückgezahlte Betrag: _____ **€**

11. Versicherungen *(Angaben für die Eltern machen, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)*

a) Krankenversicherung *(zutreffendes ankreuzen und eintragen)*

Bei welcher Krankenkasse sind Sie Mitglied: _____

(Name, Adresse der Krankenkasse und Ihre Mitgliedsnummer angeben)

Wie sind Sie krankenversichert:
- ☐ **gesetzlich** als Pflichtmitglied;
- ☐ **gesetzlich,** in der Familienversicherung mitversichert bei: ☐ Ehegatte; ☐ Vater; ☐ Mutter;
- ☐ **freiwillig;**
- ☐ **privat;**
- ☐ **auf Grundlage von § 264 SGB V** *(Übernahme der Krankenkosten aus Sozialhilfemitteln)*

Falls Sie oder Mitglieder Ihrer Familie freiwillig oder privat krankenversichert sind, wie hoch sind die Mitgliedsbeiträge:

- Nachfragende Person: _____ **€/Monat;**
- Ehegatte/Partner/Eltern: _____ **€/Monat;**
- minderjährige unverheiratete Kinder: _____ **€/Monat**

b) Pflegeversicherung *(zutreffendes ankreuzen und eintragen)*

Sind Sie pflegeversichert: ☐ **ja,** bei der _____; ☐ **nein**

(Name und Adresse der Pflegekasse angeben)

Sofern Ihr Anspruch auf Pflegeleistungen erst später eintritt, bis wann dauert Ihre Wartezeit *(Datum):* _____

c) Sonstige Versicherungen *(zutreffendes ankreuzen und eintragen)*

Welche der nachfolgend genannten Versicherungen haben Sie und Ihr Ehegatte/Partner oder Ihre Eltern abgeschlossen:

☐ **Lebensversicherung/en:**
Wie hoch ist zum jetzigen Zeitpunkt die Gesamtsumme der Rückkaufswerte aller Lebensversicherungen: _____ **€**

☐ **Sterbegeldversicherung/en:**
Wann wurde/n diese Versicherung/en abgeschlossen: _____
Welcher Betrag würde bei einer Kündigung dieser Versicherung/en aktuell insgesamt ausgezahlt: _____ **€**

☐ **Privathaftpflichtversicherung;** ☐ **Rollstuhlfahrerhaftpflichtversicherung;**

☐ **Hausratversicherung;** ☐ **Gebäudehaftpflichtversicherung,** ☐ **Gebäudefeuerversicherung;**

☐ **außerdem vorhandene Versicherung/en:** _____

☐ **Staatlich geförderte Altersvorsorge:** ☐ **Riester-Rente,** ☐ **Rürup-Rente,** ☐ **Betriebliche Altersvorsorge**

☐ **Ich habe/Wir haben keine Versicherungen abgeschlossen**

12. Andere Zahlungspflichten und Ansprüche *(zutreffendes jeweils ankreuzen und eintragen)*

- Unterhaltszahlungen	Haben Sie bzw. hat Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder ein Elternteil aufgrund eines Unterhaltstitels Unterhaltsbeiträge zu zahlen: ☐ **ja, ich selbst;** ☐ **ja, mein Ehegatte/Lebenspartner/ein Elternteil;** ☐ **nein** ***wenn ja:*** In welcher Höhe insgesamt: _____ **€/Monat**
- Beihilfeanspruch	Haben Sie einen Beihilfeanspruch auf beamtenrechtlicher Grundlage: ☐ **ja;** ☐ **nein** ***wenn ja:*** Welche Anstalt hat die Beihilfe zu gewähren *(Name, Adresse und Mitgliedsnummer angeben):* _____
- Vertragliche Rechte	Haben Sie vertragliche Rechte *(z. B. aus einem Kauf-, Übertrags- oder Altenteilsvertrag):* ☐ **ja;** ☐ **nein** ***wenn ja:*** Welche Rechte: ☐ Nießbrauch; ☐ Wohnrecht; ☐ Hege und Pflege; ☐ Sonstige *(bitte eintragen):* _____

13. Weitere Angaben (*zutreffendes jeweils ankreuzen und eintragen)*

- Bedarfsdeckung aus eigenen Mitteln	Haben Sie die Kosten für die hiermit beantragte Hilfe bisher vollständig selbst gezahlt: ☐ **ja;** ☐ **nein** ***wenn ja:*** Bis einschließlich wann waren Sie Selbstzahler/in *(Monat/Jahr):* _____
- Vorauszahlung bei dauerhafter Unterbringung	Sofern Sie auf Dauer in einer Einrichtung (*z.B. Pflegeheim, betreutes Wohnen etc.)* leben, haben Sie beim Einzug eine Vorauszahlung geleistet: ☐ **ja,** von _____ **€;** ☐ **nein**
- Pflegebedürftigkeit	Hat der MDK für Sie bereits ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt: ☐ **ja;** ☐ **nein** ***wenn ja:*** Welche Pflegestufe wurde Ihnen zuerkannt: ☐ keine (sog. Pflegestufe 0); ☐ Pflegestufe I; ☐ Pflegestufe II; ☐ Pflegestufe III; ☐ Pflegestufe III Härtefall Haben Sie jetzt wegen einer Veränderung Ihres Gesundheitszustandes die Neueinstufung in eine andere als die og. Pflegestufe beantragt: ☐ **ja;** ☐ **nein**
- Bestattungsvorsorgevertrag	Haben Sie und/oder Ihr Ehegatte/Partner einen Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen: Nachfragende Person: ☐ **ja, im Wert von:** _____ **€;** ☐ **nein** Ehegatte/Partner: ☐ **ja, im Wert von:** _____ **€;** ☐ **nein**

14. Schwerbehindertenausweis *(zutreffendes ankreuzen und eintragen; Angaben für die Eltern, wenn die NP minderjährig und unverheiratet ist)*

Wer hat einen Ausweis:	*bitte ankreuzen*	***wenn ein Schwerbehindertenausweis vorliegt:***		
		Ausweis ist gültig bis:	Grad der Behinderung:	Merkzeichen:

Nachfragende Person	☐ **nein;** ☐ **ja:**			
Ehegatte / Lebenspartner	☐ **nein;** ☐ **ja:**			
Vater	☐ **nein;** ☐ **ja:**			
Mutter	☐ **nein;** ☐ **ja:**			

15. Angaben zur Wohnung *(zutreffendes jeweils ankreuzen und ausfüllen)*

1. Sie leben in ☐ ***einem eigenen Haus;*** ☐ ***einer Eigentumswohnung*** *(Rentabilitätsberechnung beifügen!)*

2. Sie wohnen mietfrei ☐ **ja;** ☐ **nein**
wenn ja: Besteht die Mietfreiheit aufgrund eines vertraglich vereinbarten Wohnrechts: ☐ **ja** *(unten ausfüllen);* ☐ **nein**

Bilden Ihre Räumlichkeiten eine vollwertige, separate Wohnung: ☐ **ja;** ☐ **nein**

Hat Ihre Wohnung eine eigene Küche: ☐ **ja;** ☐ **nein;** Hat Ihre Wohnung ein eigenes Bad: ☐ **ja;** ☐ **nein**

Wer nutzt das Wohnrecht außer Ihnen: ☐ ich lebe dort allein; ☐ mein Ehegatte/Lebenspartner; ☐ ___ Kind/er *(Anzahl angeben)*

Größe Ihrer Wohnung/Räume: _____ **qm;** Anzahl Ihrer Räume: _____

Wann sind Ihre Räume zuletzt renoviert oder modernisiert worden: **vor etwa _____ Jahren**

Haben Sie die Betriebskosten (Heizung, Strom, Wasser, Instandhaltung) für Ihre Räume selbst zu tragen: ☐ **ja;** ☐ **nein**

Bei dauerhaftem Einzug in eine Einrichtung: Ihre Räume werden nach Ihrem Auszug *(bitte ankreuzen)*
☐ von Mitgliedern Ihrer Familie weiter genutzt;
☐ an Dritte vermietet;
☐ folgendermaßen genutzt *(bitte geplante Nutzungsart angeben):*

3. Sie sind Mieter/in ☐ ***einer Wohnung;*** ☐ ***eines Hauses*** *(zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)*

Name und Adresse des Vermieters: _____

Kosten der Unterkunft:

Kaltmiete: _____ € + Nebenkosten: _____ € + Heizung: _____ € = _____ **€/Monat**

Größe Ihrer Wohnung: _____ qm; Zahl Ihrer Räume: ____ Zimmer/Küche/Bad; Zahl der Mitbewohner: ____

In welcher Höhe beteiligen sich Ihre Mitbewohner an den Kosten der Unterkunft: _____ **€/Monat**

Bestehen derzeit Mietrückstände: ☐ **ja, in Höhe von:** _____ **€;** ☐ **nein**

Haben Sie bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt: ☐ **ja, in Höhe von:** _____ **€;** ☐ **nein**

Geben Sie Ihre Wohnung endgültig auf *(z. B. weil Sie auf Dauer in eine Einrichtung einziehen):* ☐ **ja;** ☐ **nein**
wenn ja: Haben Sie Ihre Wohnung bereits gekündigt: ☐ **ja, zum** *(Datum angeben):* _____; ☐ **nein**

16. Leistungserbringer *(z. B. Pflegeperson, Pflegedienst, Pflegeheim, Betreutes Wohnen, Werkstatt, JVA etc.)*

Geben Sie Name, Adresse, Telefon-Nr. der Person oder Einrichtung an, durch deren Tätigkeit die Kosten entstehen, deren Übernahme Sie hiermit beantragen	
Bei Unterbringung in einer Einrichtung:	Tag der Aufnahme in die Einrichtung: _____

	Sie bewohnen in der Einrichtung ein: ☐ **Einzelzimmer;** ☐ **Doppel- od. Mehrbettzimmer**

17. Angabe Ihrer Bankverbindung

Bank/Sparkasse:		**Name und Adresse des Kontoinhabers:**	
IBAN:		**BIC:**	

Leistung für:

_____, geb. am _____

(Name und Geburtsdatum der Schülerin/des Schülers eintragen)

Entbindung von der Schweigepflicht

Soweit der Eingliederungshilfeträger während der Dauer Ihres Leistungsbezuges Auskünfte und/oder Unterlagen bei Dritten einzuholen hat, die zur Entscheidung über diese Leistung und später für die Weiterbewilligung der laufenden Leistung erforderlich sind (z. B. Leistungserbringer, stationäre Einrichtungen, Kindergärten, Schulen, Ärzte, Sozialpädiatrische Zentren, Rententräger, Kranken- und Pflegekassen, Versicherungen, Arbeitgeber, Behörden wie bspw. Gesundheitsämter, Schulämter, Stellen für Schwerbehindertenangelegenheiten), entbinde ich mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag/Vordruck Bedarfsüberprüfung die maßgeblichen Stellen ab sofort und *für die Dauer meines Leistungsbezuges* von ihrer Schweigepflicht und stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte sowie der Herausgabe von Unterlagen ausdrücklich zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für den Kostenträger.

Wichtige Hinweise

Als nachfragende Person für den Bezug von Sozialleistungen sind Sie gesetzlich verpflichtet, dem zuständigen Eingliederungshilfeträger **alle** Tatsachen und Umstände anzugeben, aus denen sich die Voraussetzungen für Ihren Hilfebedarf ergeben (§§ 60 ff. SGB I). Das bedeutet, dass Sie dem Eingliederungshilfeträger **vor** der Entscheidung über diese Leistung aktuelle Nachweise vorzulegen bzw. Angaben zu machen haben, aus denen sich Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und die Ihres Ehegatten oder Lebenspartners bzw. wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind, Ihrer Eltern ergeben. Etwaige Änderungen, die zu einem späteren Zeitpunkt eintreten, sind mir unverzüglich bekannt zu geben. Sie wurden darauf hingewiesen, dass der Eingliederungshilfeträger diese Leistung ablehnen kann, so lange Sie die erforderlichen Nachweise nicht oder nicht vollständig vorlegen (§ 66 SGB I).

Ein Leistungsanspruch besteht frühestens ab 1. des Antragsmonats, sofern die Voraussetzungen für die Hilfegewährung vorliegen (§ 108 Abs. 1 SGB IX). Kosten, die bereits vor diesem Zeitpunkt entstanden sind oder bezahlt wurden, werden aus Eingliederungshilfemitteln nicht erstattet.

Hinweis nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Die vom Eingliederungshilfeträger erfragten Daten werden aufgrund der §§ 60 - 65 SGB I sowie der Bestimmungen des SGB IX erhoben. Die Auszahlung bewilligter laufender Leistungen erfolgt im automatisierten Verfahren. Erfasst werden Angaben zur Person, zum Aufenthalt, zu den Familienverhältnissen, den Einkünften, zum Pflegebedarf sowie Namen und Adressen von unterhaltspflichtigen Angehörigen sowie Betreuern oder bevollmächtigten Personen. Der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht ausdrücklich zu.

Hinweis auf die Europäische Datenschutzgrundverordnung

Zum 25.05.2018 ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wirksam geworden, die für alle kommunalen Aufgabenträger verbindlich ist. Mit dem anliegenden Merkblatt zur EU-DSGVO komme ich meiner Informationspflicht zur Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten nach.

Erklärung der nachfragenden Person

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich alle Fragen in diesem Vordruck zur Bedarfsüberprüfung vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und dass ich die oben angegebenen Hinweise zur Kenntnis genommen habe und diese befolgen werde. Mir ist bekannt, dass ich Eingliederungshilfeleistungen, die mir aufgrund falscher oder fehlender Angaben

zu Unrecht bewilligt wurden, zu erstatten habe und dass dieses Fehlverhalten eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen kann (Betrug - § 263 Strafgesetzbuch).
Die Richtigkeit sämtlicher Angaben in diesem Antrag/Vordruck weise ich durch Vorlage von Unterlagen nach.

_____
(Ort, Datum)

_____	_____	_____
Unterschrift der Eltern des minderjährigen Kindes	**Unterschrift der/des volljährigen Schülerin/Schülers**	**Unterschrift Betreuer/in, Bevollmächtigte/r**

Informationen zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13, 14 DSGVO

- **Verantwortlich für die Datenerhebung ist:**

  Kreis Minden-Lübbecke – Der Landrat –, Portastraße 13, 32423 Minden

- **Zweck der Datenverarbeitung**

  Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX Teil 2

- **Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

  Sozialgesetzbücher I bis XII,
  insbesondere:
  §§ 60 – 65 SGB I
  §§ 20 – 25 SGB X
  §§ 67 – 96 SGB X
  Art. 6 Abs.1 DSGVO

- **Kategorien der verarbeiteten Daten**

  Es werden die zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX notwendigen personenbezogenen Daten verarbeitet. Das sind beispielsweise Datenkategorien wie Stammdaten (Name, Adresse, etc.) und Daten über die finanzielle Situation (Wohnkosten, Einkünfte oder Vermögen).

- **Datenquelle**

  Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe erhoben
  - bei der betroffenen Person
  - im Rahmen eines nach § 79 SGB X zulässigen autorisierten Abrufverfahrens bei der Deutschen Rentenversicherung als zentrale Stelle für die in § 35 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) genannten Stellen.

  Hinweis:
  Sofern die notwendigen Daten nicht vollumfänglich bereit gestellt werden, kann beispielsweise eine Leistungserbringung nach dem SGB IX abgelehnt, versagt oder entzogen werden.

- **Empfänger der Daten**

- Kreis Minden-Lübbecke als Träger der Eingliederungshilfe
- vom Antragsteller / von der Antragstellerin bevollmächtigte Personen
- Sozialgerichte im sozialgerichtlichen Verfahren
- in § 35 SGB I genannte Stellen sowie gleichgestellte Stellen im Sinne des § 69 Abs. 2 SGB X
- sonstige Stellen, an die eine Übermittlung von Daten zulässig ist
- berechtigte Dritte

- **Dauer der Datenspeicherung**

  Für Sozialleistungsakten gilt i. d. R. eine 10jährige Aufbewahrungsfrist nach Beendigung des Leistungsfalls. Sofern Ansprüche auf Erstattungen aus der Leistungsgewährung geltend gemacht werden, kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen bis zu 30 Jahren aufbewahrt werden müssen.

- **Ihre Rechte:**

  - **Auskunft** über die erhobenen Daten
  - **Berichtigung** unrichtiger oder unrichtig gewordener Daten
  - Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so kann die **Löschung** oder **Einschränkung der Verarbeitung** verlangt werden sowie **Widerspruch gegen die Verarbeitung** eingelegt werden.
  - Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage einer Einwilligung erfolgt, ist ein jederzeitiger **Widerruf der Einwilligung** mit Wirkung für die Zukunft möglich.
  - Bezüglich der Übermittlung von Daten, die durch Berufsgeheimnisträger (z.B. Ärzte, Psychologen, Gutachter) zugänglich gemacht wurden, haben Sie ein **Widerspruchsrecht** nach §76 Abs. 2 SGB X
  - **Beschwerdemöglichkeit** bei der Aufsichtsbehörde:
    Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (LDI NRW)
    Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel. 0211/38424-0, Fax: -10
    E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de; Internet: www.ldi.nrw.de

- **Kontaktdaten behördliche Datenschutzbeauftragte**

  Kreis Minden-Lübbecke – Datenschutzbeauftragte –, Portastraße 13, 32423 Minden
  E-Mail: datenschutz@minden-luebbecke.de; Tel.-Nr.: 0571/807-22140; Fax-Nr.: 0571/807-32140

Absender:

_____
(Name, Vorname)

_____
(Straße, Hausnummer)

_____
(PLZ; Ort)

Schülerin/Schüler: _____
(Name, Vorname)

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich den Empfang des Informationsblattes zur Nutzung meiner personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung.

_____, den _____ _____
(Ort)