

Antrag BYZ' fXYfi b[gX]Ybgh

Antrag auf Übernahme der Kosten für die Teilnahme am Fahrdienst für Schwerbehinderte

Der Antragsteller und dessen Ehegatte/Lebenspartner bilden eine Bedarfsgemeinschaft. Einkommen und Vermögen beider sind bei der Berechnung des Einkommenssatzes heranzuziehen (§ 19 SGB XII).

Bitte für alle Angaben Nachweise beilegen und Nichtzutreffendes streichen!

1. Persönliche Angaben

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner
Name Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Wurde für den Antragsteller eine Betreuung verfügt oder beantragt? Amtsgericht, Name und Anschrift des Betreuers: Betreuerausweis in Kopie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ursache der Behinderung (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit)		
Haben der Antragsteller oder Angehörige Schädigungen erlitten bzw. sind Angehörige verstorben durch - Kriegseinwirkung - im militärischen Dienst der Bundeswehr - bei Ausübung des Zivildienstes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

2. Einkommensverhältnisse

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner
Arbeit oder Gewerbe	mtl. €	mtl. €
Land- und Forstwirtschaft	mtl. €	mtl. €
Renten/Pensionen	mtl. €	mtl. €
Kindergeld/Kinderzuschuss u.ä.	mtl. €	mtl. €
Miet- und Pachteinnahmen	mtl. €	mtl. €
Kapitalertrag (z.B. Zinsen)	mtl. €	mtl. €
Wohngeld	mtl. €	mtl. €
Leistungen des Lastenausgleichs	mtl. €	mtl. €
Renten nach Bundesvers.-Gesetz (z.B. Grundrente, Ausgleichsrente, Bundes- oder Opferentschädigungsgesetz)	mtl. €	mtl. €
Sonstiges Einkommen	mtl. €	mtl. €
Vertragliche Ansprüche gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart u. Pflege)		

Antrag auf Übernahme der Kosten für die Teilnahme am Fahrdienst für Schwerbehinderte

3. Vorhandenes KFZ

Ist in der Haushaltsgemeinschaft ein KFZ vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, ist das vorhandene KFZ aufgrund der Behinderung steuerlich begünstigt oder wird das KFZ durch sonstige öffentliche Leistungen bezuschusst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Warum kann das KFZ ggf. nicht benutzt werden?		

4. Vermögen

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner
Bargeld, Bankguthaben Entsprechende Belege sind vorzulegen.		
Wertpapiere, Aktien, Fondsanteile u.ä.		
Selbstbewohnte Eigentumswohnung / eigenes Haus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weiteres Immobilienvermögen mit Angabe von Art und Anschrift		
Sonstiges Vermögen (auch Lebensversicherungen unter Belegung des aktuellen Rückkaufswertes)		
Sonstiges Altersvorsorgebeiträge (z.B. Riesterreente)		

5. Wohnverhältnisse / Kosten der Unterkunft

Mietwohnung		Selbstbewohntes Haus / Wohnung	
Kaltmiete (ohne Nebenkosten)	mtl. €	Müllabfuhr, Kaminkehrer etc.	mtl. €
Nebenkosten	mtl. €	Heizungskosten	mtl. €
Bei Heimbewohnern: Wer trägt die Heimkosten:		Grundsteuer	mtl. €
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Bezirk Oberpfalz	Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht, Brand-, Gebäudevers.	mtl. €
<input type="checkbox"/> anderer Kostenträger:		Darlehenszinsen für selbstbewohntes Wohneigentum	mtl. €
Wohnort vor Heimaufnahme:		Erhaltungsaufwand	mtl. €

6. Besondere monatliche Belastungen des/r Antragstellers/in

(z.B. freiwillige Krankenversicherungsbeiträge bzw. andere Versicherungsbeiträge sowie andere sonstige notwendige Ausgaben)

7. Angehörige in der Haushaltsgemeinschaft des/r Antragstellers/in

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/r Antragsteller/in	Art und Höhe des Einkommens
			mtl. €
			mtl. €

Antrag auf Übernahme der Kosten für die Teilnahme am Fahrdienst für Schwerbehinderte

8. Geldleistungen können auf folgende Bankverbindung des/r Antragstellers/in gezahlt werden

Name des Kreditinstituts:	
IBAN:	(siehe Kontoauszug)
(SWIFT-) BIC:	(siehe Kontoauszug)

Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe 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 Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, 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.

Schweigepflichtsentbindungserklärung / Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art 9 Abs. 2a Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

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. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Übermittlungsbefugnis von besonders schutzwürdigen Sozialdaten

Die Übermittlung von besonders schutzwürdigen Sozialdaten (insbesondere Gesundheitsdaten) 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.1 und 2 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 Nr. 1 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Kriegsopferfürsorge

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Datum		
Unterschrift	(Antragsteller/in)	(Ehegatte/Lebenspartner)

Datenschutzhinweise gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist der Bezirk Oberpfalz, Ludwig-Thoma-Straße 14, 93051 Regensburg, Telefon: 0941/9100-2001, E-Mail: sozialverwaltung@bezirk-oberpfalz.de.

Die Daten werden erhoben, zur Gewährung von Leistungen nach SGB I – XII, BayBlindG, BayKHV, BVG, BaySchFG, LAG, UnterbrG, AufnG einschließlich entsprechender Beratung und der Vereinbarung zur Beteiligung des Freistaats an den Jugendhilfekosten für junge Volljährige, die als unbegleitete Minderjährige eingereist sind vom 24.07.2017. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind BayDSG, DSGVO i.V.m. SGB I – XII, BVG, BaySchFG, LAG und BStatG.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten vom Sozialamt nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch -Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67a „Erhebung von Sozialdaten“, § 67b „Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung von Sozialdaten“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert.

Soweit zur Erfüllung der Leistungsgewährung erforderlich, können die Daten gem. § 67d SGB X an Dritte (z.B. Sozialleistungsträger, Gerichte) übermittelt werden.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter www.bezirk-oberpfalz.de abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter oder von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie unter Ludwig-Thoma-Str.14, 93051 Regensburg, Telefon: 0941/9100-1820, E-Mail: datenschutz@bezirk-oberpfalz.de erreichen können.