

## Antrag auf Leistungen zur Beförderung - Beförderungsdienst -

Az.:

Nach §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Leistungen erforderlich sind.

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	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	
	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> sonst. Ausländer <input type="checkbox"/> Staatenloser <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Vertriebener <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigter <input type="checkbox"/> Spätaussiedler <input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener	
Aufenthaltsstatus		
Familienstand		
gesetzlicher Betreuer (sofern vorhanden)		
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. Angaben zu bisherigen Leistungen und Aufenthaltsverhältnissen

Werden bereits Leistungen von anderen Leistungsträgern erbracht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit:
Art der Leistung (z.B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt)		
Leistungsträger		
Wurden innerhalb der letzten 6 Monate von einem anderen Träger der Eingliederungshilfe Leistungen bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des letzten Bescheides beifügen)	
Zeitraum	vom	bis



Name der Behörde	
------------------	--

Aufenthaltort bei Antragstellung	
<b>Bei Übertritt aus dem Ausland</b>	
Datum des Grenzübertritts	
Ort des Grenzübertritts	

### 3. Einkommensverhältnisse des Vorjahres im Sinne des Einkommenssteuerrechts

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner
Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit		
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit		
Einkünfte aus Gewerbebetrieb		
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung		
Einkünfte aus Kapitalvermögen		
Sonstige Einkünfte (z.B. Renten, Unterhalt)		

### 4. Vermögen im In- und Ausland (Bitte auch gemeinsame Vermögenswerte mit Ehegatten und entsprechend kennzeichnen)

Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe in €
Spar- und Bankguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe der Einlage in €
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kurswert in €
Lebens- / Kapitalversicherungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rückkaufswert in €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einlagenstand in €
Altersvorsorgeverträge (z.B. Riester- und Rürupverträge, betriebliche Altersvorsorge, private Rentenversicherung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rückkaufswert in €
		Kalk. Rentenhöhe in €
Sonstiges Vermögen bzw. Forderungen / Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe in €
Bestehen Erb- und Pflichtteilsansprüche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art: Höhe in €

Immobilien- oder Grundeigentum:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art (z.B. Wohngebäude, Landwirtschaftsfläche)	
Lage (z.B. Ortsmitte, Außenbereich) / FINr.	
Kaufpreis bei Anschaffung / Herstellungskosten (bitte Nachweise beifügen, geschätzter Wert)	Höhe in €
Bei Wohngebäuden: Anschrift, Baujahr, Wohnfläche und Nutzung	
Weiteres Immobilien- oder Grundeigentum: (ggf. Beiblatt für weiteres Grundeigentum beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 5. Angehörige in der Haushaltsgemeinschaft des/r Antragstellers/in

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/r Antragsteller/in

### 6. Angaben zum Beförderungsdienst

Für welchen Zweck benötigen Sie den Beförderungsdienst?		
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> ja Grad der Behinderung: _____	<input type="checkbox"/> nein
	Merkzeichen: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI	
Sind Sie in der Lage öffentliche Verkehrsmittel in erforderlichem Umfang zu nutzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Wenn nein, bitte Gründe anführen:
Benötigen Sie ein Spezialfahrzeug?	<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Gründe anführen:	<input type="checkbox"/> nein
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?		

#### 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.

### 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](http://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.