

Folgeantrag auf Leistungen der Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt für Leistungsberechtigte in einer besonderen Wohnform (SGB XII)

Antragsteller/in	
Name (ggf. Geburtsname), Vorname	
Geburtsdatum	
Familienstand	seit:
Anschrift	

Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r	
Telefon bzw. E-Mail (freiwillig)	

Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:
Merkzeichen G / aG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen in Werkstatt, Förderstätte, Tagesbetreuung, T-ENE?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an folgenden Tagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag
Mehrbedarf kostenaufwändige Ernährung (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Name der Wohneinrichtung	
aktueller Wohn- und Betreuungsvertrag	<input type="checkbox"/> vollständige Kopie ist beigelegt <input type="checkbox"/> liegt dem Bezirk bereits vor
Einzel- /Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Einkommen (bitte Nachweise beifügen)	
Vermögen (bitte Nachweise beifügen)	

Gegenüber dem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte erläutern und nachweisen:
---	--

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.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Abdruck des Bescheides an den Leistungserbringer übermittelt wird.

nein ja

Unterschrift zum Antrag

	Antragsteller/in	Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r
Datum		
Unterschrift		

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.