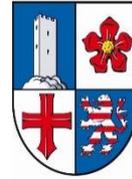


Antrag auf Gewährung von Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)



**KREIS BERGSTRASSE
DER KREISAUSSCHUSS**

Kreis Bergstraße
Der Kreisausschuss
Soziales
Graben 15
64646 Heppenheim

Hinweis:
Aufgrund der Einführung der digitalen Aktenführung bitten wir, **ab sofort keine Originalunterlagen mehr einzureichen.**

Erstantrag / Erste Vorsprache am

Nur von der Behörde auszufüllen

Erstantrag

Wiederholungsantrag
Aktenzeichen:

Ich/Wir

Name Vorname Geburtsdatum Wohnort

beantrage/n die folgenden Leistung/en erstmalig nach Eintritt der Regelaltersgrenze:

Begründung für die Beantragung der Leistung/ Ursache der Notlage:

Bei Bedarf auf einem gesonderten Blatt näher erläutern!

Wurden bereits **Sozialleistungen (z.B. Wohngeld, BAföG, SGB II oder SGB XII-Leistungen usw.)** bei anderen Behörden/ Ämtern beantragt und / oder bewilligt?

nein ja

Falls ja, von wem?:

In welchem Zeitraum?:

Persönliche Verhältnisse	a) des / der Hilfesuchenden	b) des Ehegatten / Lebensgefährten / der Eltern
1. Name		
ggf. Geburtsname		
2. Vorname(n)		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
3. Geburtsdatum		
4. Geburtsort/ Kreis/Land		
5. Staatsangehörigkeit		
6. Familienstand		
a) falls nicht ledig: Datum und Ort der Eheschließung		
b) wenn geschieden: Gericht, Datum und Az. des Urteils (Scheidungsurteil beifügen)		
c) getrennt lebend seit:		
d) Art der Unterhaltsregelung Wurde schriftlich zur Zahlung von Unterhalt aufgefordert? Falls Sie in der Unterhaltsangelegenheit jugendamtlich oder anwaltlich vertreten werden, bitte Namen und Adresse angeben. 1) Besteht bereits ein Unterhaltstitel? 2) Wird Unterhalt gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, in welcher Höhe?
e) eheähnl. Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
f) verwitwet seit:		
g) nichteähnliche Lebensgemeinschaft seit:		
h) eingetragene Lebenspartnerschaft seit:		
7. Wohnung		
a) PLZ, Wohnort		
b) Straße, Hausnummer		
c) Telefonnummer / Handynummer		
d) Haushaltssituation des Hilfesuchenden	<input type="checkbox"/> eigener Haushalt <input type="checkbox"/> bei Verwandten / Pflegeeltern <input type="checkbox"/> voll-/ teilstationäre Unterbringung	<input type="checkbox"/> im Haushalt der Eltern <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft
8. Wo war der Antragsteller vorher wohnhaft / untergebracht? Bitte Anschrift und Zeitraum (insbesondere in den letzten 2 Monaten vor der Antrag- stellung) angeben:		

9. Ausweispapiere Art und Nummer Ausstellungstag Ausstellungsbehörde	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Spätaussiedler: (Falls ja, bitte Bescheinigung nach § 15 des Bundesvertriebenengesetzes vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontingentflüchtlinge: (Aufnahmebescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asylbewerber: Asylantragsdatum Zuweisungsdatum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
10. Ausländer: Zuzug nach Deutschland am		
a) aufenthaltsrechtlicher Status		
b) befristet bis		
c) Freizügigkeitsbescheinigung der EU		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____
11. Besteht ein gerichtlich angeordnetes Betreuungsverhältnis?		
Falls ja: Name und Anschrift des Betreuers: (Bitte Betreuerausweis vorlegen)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
12. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushalts Name, Anschrift, Geburtsdatum und Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden		
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> nein, Grund _____ <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> nein, Grund _____ <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)
Falls ja: Familienname, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners		
Anschrift Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR brutto jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adresse <u>auf einem gesonderten Blatt</u> an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adresse <u>auf einem gesonderten Blatt</u> an)

13. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 36 Monate beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Einkommenssteuerbescheid für 36 Monate

bitte ankreuzen	Einkommensart	1. Person		2. Person	
		Mtl. Betrag (Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag (Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Brutto-Renten / Pensionen des Vor-Vorjahres (nach § 2 (2) des ESTG. (siehe Einkommenssteuerbescheid des Vor-Vorjahres) (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss /-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, auch ausländische Renten o.ä.)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wohngeld / Lastenzuschuss				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM) Fügen Sie den Einkommenssteuerbescheid des Vor-Vorjahres bei				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gewerbebetrieb				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Land- und Forstwirtschaft				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige selbstständige Tätigkeit				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 18.1 angeben!)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhalts-hilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)				

bitte ankreuzen		1. Person		2. Person	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?	Betrag _____ <input type="checkbox"/> nein		Betrag _____ <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ausbildungsförderung				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Steuererstattung				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Guthaben aus Abrechnungen				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige Einkünfte				

14. Hat sich in den letzten 24 Monaten Ihr durchschnittliches Jahreseinkommen in erheblichem Maße erhöht oder verringert?

nein
 ja, die Einkünfte haben sich
 erhöht
 verringert

Familienname, Vorname	Datum der Änderung	Grund	Zukünftiger Bruttobetrag

Fügen Sie entsprechende Nachweise bei

15. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 13 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Sterbeversicherung		

Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Kosten öffentl. Verkehrsmittel		
bei Nutzung eines Kfz.	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

16. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
bitte ankreuzen	Art des Vermögens	Vermögenswert	Vermögenswert	Vermögenswert	Vermögenswert
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bargeld				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wertpapiere / Aktien				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Forderungen				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hauseigentum auch im Ausland				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstiger Grundbesitz auch im Ausland				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kraftfahrzeug(e)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) auch im Ausland				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstiges Vermögen (z.B. Schmuck, Gemälde, Antiquitäten, Münz- und Briefmarkensammlung o. ähnl.)				

17. Vermögensübertragungen

<p>Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? _____ in welcher Höhe? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? _____ in welcher Höhe? _____</p>
--	--	--

17. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

17.1 Mietwohnung

Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	Baujahr des Hauses:
Kaltmiete:		EUR		
Nebenkosten:		EUR		
Heizkosten:		EUR		

17.2 Haus- / Wohnungseigentum

Soweit Sie über Haus- / Wohnungseigentum selbst verfügen, fügen Sie bitte dem Antrag bei:

- aktueller Grundbuchauszug Nachweis über die Höhe des Einheitswertes

17.2.1. Angaben zu Wohnfläche und Baujahr

Baujahr des Hauses: _____

17.2.1.1 Der Wohnraum enthält _____ Räume einschl. Küche mit insgesamt _____ m² Wohnfläche einschließlich Nebenräume *)

*) Nebenräume sind: Flure, Dielen, Speisekammer, Bäder, Abstellräume innerhalb der Wohnung, usw.

17.2.1.2 Ist ein Teil der Gesamtfläche

untervermietet oder einer anderen Person überlassen? nein ja, mit _____ m²

ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt? nein ja, mit _____ m²

17.2.1.3 Wie hoch ist die monatliche Mieteinnahme aus der Vermietung/Verpachtung? _____ € .

17.2.2 Wie hoch ist die jährliche Belastung aus den Fremdmitteln?

(Bitte sämtliche Darlehen angeben, die für die Wohnraumbeschaffung / Instandsetzung oder Umbau / Erweiterung aufgenommen wurden)

Name des Geldinstitutes				
Ursprünglicher Darlehensbetrag				
Restdarlehen				
Zins- und Tilgungsleistung monatlich				
Jahresleistung				

Die jeweils letzten Jahreskontoauszüge sowie die Darlehensverträge sind beizufügen.

17.2.2.1 Bestehen Darlehensrückstände? nein ja

wenn ja, Zeitraum und Höhe angeben _____

17.2.2.2 Wurde eine Zwangsversteigerung eingeleitet? nein ja

wenn ja, von wem? _____

17.2.2.3 Erhalten Sie Zuschüsse zur Aufbringung der Belastung (z.B. Wohnraumförderung) nein ja

Falls ja, von wem, seit wann und in welcher Höhe monatlich? _____ €
Betrag

(Bitte Nachweise beifügen)

17.3 Schwerbehinderung

Persönliche Verhältnisse	des / der Hilfesuchenden	des Ehegatten/ Lebensgefährten / der Eltern
Sind Sie schwerbehindert? (Wenn ja, bitte Bescheid vorlegen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde bereits ein Schwerbehindertenausweis erteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, erteilt am: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, erteilt am: _____
Trat die Schwerbehinderung infolge eines Unfalls mit Drittverschuldens ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte Unterlagen beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte Unterlagen beifügen

17.4 Mehrbedarf

	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis? (Ggf. Kopie des Ausweises beifügen)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ Merkzeichen G oder aG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

17.5 Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Bei welcher Krankenkasse sind Sie Mitglied?		
Wie hoch ist der Monatsbeitrag?		
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Sofern Sie freiwillig und privat versichert sind, bitten wir eine Bestätigung der Beitragshöhe beizufügen.

17.6 Persönliche Situation

Wünschen Sie Beratung und Unterstützung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls „ja“, zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls „ja“, zu welchen Umständen Ihrer persönlichen Situation?
--	---	---

Belehrung:

Ich versichere, dass die im Antrag und in den Anlagen gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Insbesondere bestätige ich, dass die zu meinem Haushalt rechnenden Familienmitglieder und andere Personen keine weiteren Einnahmen als die angegebenen haben, auch nicht aus gelegentlicher Tätigkeit. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei falschen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Komme ich meinen Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung dieses Grundantrages und dessen Anlagen nach § 60 SGB I nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I)

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, diejenigen Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Wenn und solange ich Leistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Mitwirkungspflichten

Sozialgesetzbuch Erstes Buch Dritter Teil

§ 60

Angabe 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 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61

Persönliches Erscheinen

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

§ 62

Untersuchungen

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

§ 65

Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlung und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65 a

Aufwendungsersatz

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstauffalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66

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 Sachverhaltes erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit 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

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.

Datenschutzhinweise

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO für den SGB IX - Bereich

Dieses Merkblatt dient zur Information, wie die Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße mit personenbezogenen Daten seiner Kundinnen und Kunden umgeht. Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere nach den Regelungen der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) und der Sozialgesetzbücher.

1. Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie des Datenschutzbeauftragten

Verantwortlicher:

Landkreis Bergstraße
Der Kreisausschuss
Abteilung Soziales
Postfach 1107
64629 Heppenheim
Telefon: 115

E-Mail: soziales@kreis-bergstrasse.de

Datenschutzbeauftragter:

Landkreis Bergstraße
Der Kreisausschuss
Fachperson für Datenschutz
Gräffstraße 5
64646 Heppenheim
Telefon: (06252) 15-5211
Telefax: (06252) 15-5560

E-Mail: datenschutz@kreis-bergstrasse.de

2. Verarbeitungszweck und Rechtsgrundlagen

a) Verarbeitungszweck

Die Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße verarbeitet Daten zum Zwecke seiner gesetzlichen Aufgabenerledigung nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) I, IX und X. Die Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße ist nach Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zur Erbringung von Geld-, Sach- und Dienstleistungen verpflichtet. Dazu zählen Leistungen zur Beratung, Sicherung des Lebensunterhaltes sowie Verringerung oder Beendigung der Hilfebedürftigkeit. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten auch bei der Durchführung von Erstattungsansprüchen anderer Leistungsträger oder anderer Stellen sowie der Bekämpfung von Leistungsmissbrauch verarbeitet. Dies gilt auch für die Ausstellung von Bescheinigungen. Personenbezogene Daten werden zudem durch das Statistische Bundesamt erhoben.

b) Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung durch die Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße erfolgt insbesondere §§ 67 ff. SGB X, i. V. m. Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c DSVO sowie nach spezialgesetzlichen Regelungen. Darüber hinaus ist gemäß § 67 b SGB X i. V. m. Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a) DSGVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn die betroffene Person ihre Einwilligung erteilt hat.

3. Personenbezogene Daten

Insbesondere folgende Daten werden von der Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße verarbeitet:

a) Stammdaten und Kontaktdaten:

Das sind beispielsweise: Aktenzeichen, Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer (freiwillige Angabe), E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe), Familienstand, Staatsangehörigkeit und Bundesland, Aufenthaltsstatus, Dauer des Aufenthaltstitels, Renten-/Sozialversicherungsnummer, Bankverbindung.

b) Daten zur Leistungsgewährung

Das sind beispielsweise: Art und Höhe der angerechneten Einkommen, Vermögensnachweise, Leistungszeitraum, -höhe, -art, Art der geleisteten Mehrbedarfe, Bedarfe der Unterkunft und Heizung, Daten zur Unterhaltsansprüchen/Regressansprüchen, Daten zu Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung und Vorsorge, Art der Unterbringung, Leistung durch ein persönliches Budget.

c) Gesundheitsdaten

Das sind beispielsweise: Begutachtungen sowie Stellungnahmen durch das Gesundheitsamt des Landkreises Bergstraße, Daten für die Beauftragung der Deutschen Rentenversicherung zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, Daten zur Schwerbehinderung, Daten zur Durchführung eines Teilhabeverfahrens, Daten zur Erbringung oder Gründe der Nichterbringung von Sozialversicherungsträgern und einer privaten Pflegeversicherung.

d) Forschungsdaten (Befragungsdaten) und Statistikdaten

Das sind beispielsweise: freiwillige Angaben im Bedarfsfall bei Zusatzerhebungen, Kennnummern des Leistungsberechtigten, Name und Telefonnummer sowie Adresse für elektronische Post der für eventuelle Rückfragen zur Verfügung stehenden Person.

4. Empfänger

Die unter Ziffer 3 genannten Daten können zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenerledigung der Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße gem. §§ 68 – 77 SGB X an Dritte übermittelt werden wie beispielsweise: andere Sozialleistungsträger (z. B. Agentur für Arbeit, Jobcenter, Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung), Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Vertragsärzte, Zollbehörden, Finanzämter, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr (z. B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Verfassungsschutz), Gerichte, andere Dritte wie z. B. kommunale Ämter, Kfz-Zulassungsstelle, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für Steuern, Bundesrechnungshof, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Auftragsverarbeiter (z. B. IT-Dienstleister, Scandienstleister), Vermieter (bei Direktzahlungen der Mieten), Energieversorger (bei Direktzahlungen von Gas-/Stromabschlägen), Sucht- und Schuldnerberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), psychosoziale Beratung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), Schulen (nur mit Einwilligung des Betroffenen), externe Forschungsinstitute (nur bei Forschungsanträgen, die durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt wurden).

5. Datenverarbeitung und Dauer der Speicherung

Die personenbezogenen Daten werden im meist maschinellen Verfahren zur Berechnung der zustehenden Leistungen zugrunde gelegt. Die Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße setzt dabei technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um die personenbezogenen Daten gegen unbeabsichtigte oder unrechtmäßige Vernichtung, Verlust oder Veränderung sowie gegen unbefugte Offenlegung oder unbefugten Zugang zu schützen. Die Sicherheitsstandards entsprechen stets den aktuellen technologischen Entwicklungen.

Für Daten zur Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen nach dem SGB XII besteht eine Speicherfrist von 10 Jahren nach Beendigung des Falles. Die gleiche Speicherdauer besteht für ärztliche Unterlagen, soweit diese für das Gesundheitsamt des Landkreises Bergstraße vorgelegt wurden. Ein Fall ist dabei beendet, wenn die Hilfebedürftigkeit weggefallen ist oder aus anderen Gründen kein Anspruch mehr auf Leistungen nach dem SGB XII besteht. Die Speicherfrist von 10 Jahren beruht auf der Möglichkeit der Rückforderung von Leistungen, wenn in diesem Zeitraum bekannt wird, dass Leistungen zu Unrecht gewährt wurden.

Ist eine Forderung der Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße (Rückforderung/Erstarrungsbescheid/ Darlehen) noch offen, werden die Daten gemäß den Vorschriften des SGB X, des Bürgerlichen Gesetzbuches und den Vorschriften der Zivilprozessordnung 30 Jahre lang aufbewahrt, weil erst dann die Ansprüche verjähren. Die Berechnung der Frist erfolgt je nach Vollstreckungsversuch.

6. Betroffenenrechte

Gem. der DSGVO bestehen verschiedene Rechte, Einzelheiten ergeben sich insbesondere aus § 83 SGB X i. V. m. Artikel 15 bis 18 und 21 der Verordnung.

a) Recht auf Auskunft

Sie können Auskunft über Ihre von der Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. In Ihrem schriftlichen Auskunftsantrag sollen Sie Ihr Anliegen präzisieren, um der Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße das Zusammenstellen der erforderlichen Daten zu erleichtern.

b) Berichtigung/Vervollständigung

Sofern nachgewiesen wird, dass die bei der Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße verarbeiteten personenbezogenen Daten unrichtig oder unvollständig erfasst sind, werden diese nach Bekanntwerden unverzüglich berichtigt oder vervollständigt.

c) Löschung

Sofern nachgewiesen wird, dass personenbezogene Daten zu Unrecht verarbeitet wurden, wird unverzüglich die Löschung der betroffenen Daten veranlasst. Das gilt auch, wenn die Daten zur Aufgabenerledigung nicht mehr benötigt werden. Für die Beurteilung dieser Sachlage sind die Speicherfristen maßgebend, wobei Rechnungslegungsfristen oder Rückforderungsfristen (vgl. hierzu Punkt 4 Dauer der Speicherung) zu berücksichtigen sind.

7. Widerruf der Einwilligung

Werden Daten aufgrund Ihrer Einwilligung verarbeitet, kann die Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig.

8. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich an den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden, sofern Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen die gesetzlichen Grundlagen (SGB X, XII und DSGVO) verstößt.

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 3163
65021 Wiesbaden
Telefon: (0661) 1408 0
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

9. Datenquellen (öffentlich zugänglich)

Die Abteilung Soziales des Landkreises Bergstraße kann unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen personenbezogene Daten auch bei anderen öffentlichen und nicht öffentlichen Stellen oder Personen erheben. Dies können z. B. andere Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Einrichtungen, Pflegedienste und sonstige Dienstleister etc. sein. Weiterhin können personenbezogene Daten auch aus öffentlichen Quellen bezogen werden wie z. B. Internet, Melderegister, Handelsregister, Grundbuchämter usw.

10. Manueller bzw. automatisierter Datenabgleich

Bei Personen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, wird gem. § 118 SGB XII ein regelmäßiger Datenabgleich für alle Haushaltsmitglieder (Leistungsbezieher oder Mitglieder der Einsatzgemeinschaft), auch in automatisierter Form, insbesondere mit der Datenstelle der Rentenversicherung, durchgeführt.

Es darf z.B. abgeglichen werden, ob während des Bezuges von Grundsicherungsleistungen oder von Hilfe zum Lebensunterhalt Arbeitslosengeld II gezahlt wird, ob eine versicherungspflichtige oder geringfügige Beschäftigung besteht oder in welcher Höhe Kapitalerträge zufließen, für die ein Freistellungsauftrag erteilt worden ist. Ebenso ist ein Abgleich mit der Meldebehörde zu Meldeanschriften, Wohnungsstatus und Zeitpunkt von Ummeldungen möglich.

Zudem besteht die Möglichkeit eines Kontenabrufs beim Bundeszentralamt für Steuern nach § 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe e AO.

11. Zweckänderung

Die Verwendung personenbezogener Daten zu einem anderen Zweck als dem Erhebungszweck ist nur im Rahmen der unter Ziffer 2 genannten Zwecke zulässig und sofern der neue Zweck mit dem Erhebungszweck kompatibel ist.