



## Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Eingliederungshilfe erhält gemäß § 91 Abs. 1 SGB IX, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält. Zur Überprüfung ob im vorliegenden Fall ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht, werden Informationen und Unterlagen benötigt. **Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen und die entsprechenden Unterlagen als Nachweise beizufügen.**

Antrag ausgegeben am
Antragseingang am / Posteingangsstempel

<p><b>Antrag auf:</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Die o. g. Hilfe wird in Form eines persönlichen Budgets beantragt</b></p>	<p><b>HINWEIS:</b> <b>Antrag vor Abschluss einer vertraglichen Verpflichtung stellen</b></p>
--	--

Sofern zutreffend, bitte ankreuzen, beim Antragsteller handelt es sich um ein/en:

<input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigten/-hinterbliebenen	<input type="checkbox"/> Ausländer / Staatenlosen / Asylbewerber
<input type="checkbox"/> Vertriebenen / Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> Opfer eines Gewaltverbrechens

### Persönliche Verhältnisse

	Antragsteller(in)	Ehegatte / Lebenspartner(in) / Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft des Antragsteller(in)
Familienname, Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Rentenversicherungs-Nr.		
Familienstand		
Straße / Hausnummer		
Postleitzahl / Ort		
Telefon		

### Angaben nur vom Antragsteller:

derzeitige Tätigkeit und Arbeitgeber	
Kranken- und Pflegeversicherung (bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen)	<p>Mitglied bei: .....</p> <p>Versicherungs-Nr.: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichtmitglied    <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied</p> <p><input type="checkbox"/> familienversichert bei:</p>
Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: .....
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: .....

Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: .....
Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: ..... <input type="checkbox"/> Feststellungsverfahren läuft
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB: ..... <input type="checkbox"/> Merkzeichen: ..... <input type="checkbox"/> Feststellungsverfahren läuft
Besteht eine Vormundschaft, Betreuung oder Bevollmächtigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis in Kopie beigelegt) <input type="checkbox"/> beantragt Name, Vorname (des gesetzlichen / bevollmächtigten Vertreters): _____ Anschrift: _____ Tel.: _____
Wurde von Ihnen schon einmal ein Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gestellt? Falls ja, wann und bei wem?	

## Familienverhältnisse

sonstige im Haushalt lebende Personen

Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller			
Familienname, Geburtsname, Vorname			
Geburtsdatum und Geburtsort			
Familienstand			
Beruf / derzeitige Tätigkeit			

Eltern des Antragstellers

**Mutter**

**Vater**

Familienname, Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Anschrift		
Beruf / derzeitige Tätigkeit		
Verfügen Ihre Eltern über Einkommen von mehr als 100.000,00 EUR jährlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
gegebenenfalls Sterbedatum, Sterbeort		

## Einkommensverhältnisse

HINWEIS: Angaben sind nicht notwendig bei Beantragung insbesondere folgender Leistungen:

- Teilhabe am Arbeitsleben
- Teilhabe an Bildung

### Es sind die Einkünfte des Vorvorjahres (.....) anzugeben!

Sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung eine erheblich Abweichung zu den Einkünften des Vorvorjahres besteht, sind die aktuellen Einkünfte anzugeben.

	Antragsteller	Mutter*	Vater*
Erwerbseinkommen (brutto)	€	€	€
einmalige Zahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld)	€	€	€
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit (Gewerbe, Handel, ...)	€	€	€
Miet- und Pachteinnahmen	€	€	€
Renten / Pensionen (brutto) Art der Rente			
.....	€	€	€
.....	€	€	€
.....	€	€	€
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters Art der Leistung			
.....	€	€	€
.....	€	€	€
Leistungen der Krankenkasse	€	€	€
Wohngeld / Lastenzuschuss	€	€	€
Unterhalt	€	€	€
Kapitalertrag	€	€	€
Sonstiges	€	€	€
Sonstiges	€	€	€

\* Angaben nur bei minderjährigen Antragstellern notwendig

**Bei Beantragung von Assistenzleistungen in einer besonderen Wohnform, wird darauf hingewiesen, dass in einer besonderen Wohnform sog. Kosten für den Lebensunterhalt (z.B. Kosten der Unterkunft und Verpflegung) anfallen, welche vom Leistungsberechtigten selbst zu tragen sind. Sollte das vorhandene Einkommen und Vermögen hierfür nicht ausreichen, können Sie beim Landratsamt Sonneberg einen Antrag auf existenzsichernde Leistungen (Grundsicherung/ Hilfe zum Lebensunterhalt) nach dem SGB XII stellen.**

## Vermögensverhältnisse

Bargeld		ca.	€
Girokonto		Kontostand	
.....		.....	€
.....		.....	€
.....		.....	€
Kreditinstitut	Bankleitzahl, Kontonummer		
Bausparvertrag		Guthaben	
.....		.....	€
.....		.....	€
Kreditinstitut	Nummer		
Bank / Sparguthaben		Kontostand	
.....		.....	€
.....		.....	€
.....		.....	€
Kreditinstitut	Bankleitzahl, Kontonummer		
Wertpapiere, Prämienparverträge, Schatzbriefe, Lebensversicherungen u. a.		Wert	
.....		.....	€
.....		.....	€
.....		.....	€
Kreditinstitut	Nummer		
Versicherungen		aktuelle Rückkaufswerte	
.....		.....	€
.....		.....	€
.....		.....	€
Versicherungsinstitut	Nummer		
Hauseigentum		Wert	
.....		.....	€
.....		.....	€
sonstiger Grundbesitz (Ackerland, Waldflächen, Gärten ...)		Wert	
.....		.....	€
.....		.....	€
.....		.....	€
Art, Bebauung	Lage, Gemarkung, Flur-Nr.		
Kraftfahrzeug		Wert laut Wertermittlung	
.....		.....	€
.....		.....	€
Marke, Typ	Kennzeichen, Erstzulassung		

Sonstiges Vermögen (z.B. Wohnrecht, Altenteilsrechte, Sachwerte, ...)	€
	€
Bestehen sonstige Ansprüche gegen Dritte (z.B. aus Übergabevertrag, auf Wartung und Pflege, auf Unterhalt oder Taschengeld, ...)	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Art und Höhe) .....	
Wurde innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
wenn ja, was?: .....	
wann und an wen?: .....	
in welcher Höhe (Wert)?: .....	
<input type="checkbox"/> Ich / Wir habe(n) kein Vermögen.	

**Begründung des Antrags / sonstige Bemerkungen**

.....

.....

.....

.....

.....

**Nähere Angaben in Bezug auf das Persönliche Budget:**

**Ich beantrage die Leistungsgewährung in Form eines persönlichen Budgets, weil ...**

.....

.....

.....

.....

.....

## Erklärung

Ich/wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich/wir nichts verschwiegen habe/n. Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht nur dann, wenn alle Tatsachen angegeben werden und alle Beweismittel vorgelegt werden, welche zur Überprüfung meines/unseres Anspruches benötigt werden. Es wird insbesondere versichert, dass neben dem angegebenen Einkommen und Vermögen kein weiteres Einkommen und Vermögen vorhanden ist. Für die vorhandenen Konten erteile/n ich/wir gemäß § 60 Abs. 1 SGB I dem Eingliederungshilfeträger die Ermächtigung und Beauftragung zur Auskunftserteilung über die Vermögensverhältnisse durch Kreditinstitute (Bankauskunft).

Mir/uns ist bekannt, dass wissentlich falsche oder unvollständige Angaben strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen kann, zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen ist und dass Angaben, welche zur Feststellung der Leistungen nach dem SGB IX erforderlich sind, gegebenenfalls auch über Dritte (z.B.: Arbeitgeber, Finanzamt, andere Sozialleistungsträger) eingeholt werden können. Seit dem 01.04.2005 besteht insbesondere die Möglichkeit, unter den Voraussetzungen der §§ 93 Abs. 8 i. V. m. 93 b der Abgabenordnung (AO) über die zuständigen Finanzämter Kontenabrufe durch das Bundesamt für Finanzen zu veranlassen.

Mir/uns ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn Angaben verweigert werden und deswegen nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Mir/uns ist bekannt, dass Ansprüche gegen Dritte (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Rente, Arbeitslosengeld,...) geltend gemacht werden können.

Ich/wir bestätige/n ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen sind. Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Eingliederungshilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich geschützt. Hat die Eingliederungshilfeverwaltung diese Informationen im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Eingliederungshilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

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

Dem Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX wird ein Merkblatt in doppelter Ausführung beigelegt. Ein Exemplar dieses „Merkblatts zum Antrag auf Eingliederungshilfe“ ist dem Eingliederungshilfeträger unterschrieben mit dem Antrag zurückzugeben; das andere Exemplar habe/n ich/wir erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Die Richtigkeit der gemachten Angaben wird nachfolgend durch Unterschrift bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers, der nachfragenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Ehegatten, des Lebenspartners bzw. des Partners der eheähnlichen Gemeinschaft



Landratsamt Sonneberg  
Bahnhofstraße 66  
**96515 Sonneberg**

Amt für Teilhabe und Soziales:

Zimmer: 104  
Tel: 0 36 75 / 871 – 279  
Fax: 0 36 75 / 871 – 404  
E-Mail: sozialamt@lkson.de

Internet: [www.kreis-son.de](http://www.kreis-son.de)



Mo. - Fr.: 08:00 – 12:00 Uhr  
Di.: 14:00 – 16:00 Uhr  
Do.: 14:00 – 17:30 Uhr

---

**Zur Überprüfung aller von Ihnen im Antrag gemachten Angaben ist deren Richtigkeit durch Vorlage der entsprechenden Unterlagen nachzuweisen. Insbesondere sind dem Antrag folgende Nachweise in Kopie beizufügen:**

- ❖ Personalausweis
- ❖ Kontoauszüge (mindestens das letzte Vierteljahr)
- ❖ Schwerbehindertenausweis
- ❖ Sparbuch / Sparbücher (vollständige Kopie)
- ❖ Betreuerausweis bzw. Vollmacht
- ❖ Grundbuchauszüge
- ❖ aktuelle Leistungsbescheide (Arbeitslosengeld II, Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt)
- ❖ Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad
- ❖ Lohnsteuerbescheinigung, Rentenbescheide des Vorvorjahres
- ❖ Wohn- und Betreuungsvertrag
- ❖ Steuerbescheid des Vorvorjahres
- ❖ Einwilligung und Ermächtigung zur Bankauskunft (siehe Anlage)
- ❖ Versicherungsscheine (z. B. Lebensversicherung, ... ) mit aktuellem Rückkaufswert
- ❖ unterschriebene Schweigepflichtentbindung (siehe Anlage)
- ❖ Verträge (bei Krediten, Bausparen,...)
- ❖ Sonstiges
- ❖ Jahreskontoauszüge (bei Lebensversicherungen, Fonds,...)

<b>urschriftlich zurück an</b>  Landratsamt Sonneberg Amt für Teilhabe und Soziales – 2.50.2 Bahnhofstraße 66 96515 Sonneberg	<b>Ort, Datum</b>
<b>Anschrift des Antragstellers</b>  Vorname Name: Straße: PLZ Ort:	

## **Bankauskunft (Ermächtigung und Beauftragung zur Auskunftserteilung über Vermögensverhältnisse durch Geldinstitute und Versicherungen)**

Zur Bearbeitung der beantragten Leistung benötigen wir von Ihnen eine Ermächtigung und Beauftragung zur Auskunftserteilung über Ihre Vermögensverhältnisse durch Geldinstitute und Versicherungen (siehe auch § 60 SGB I). Wir bitten daher schnellstmöglich um Rücksendung der ausgefüllten und unterschriebenen Ermächtigung an die o. g. Behörde.

**Die nachstehend bezeichneten Geldinstitute bzw. Versicherungen werden ermächtigt und beauftragt, der o. g. Behörde über alle dort geführten Konten, Sparbücher etc. einschließlich der Kontobewegungen der letzten 6 Monate sowie über alle Versicherung, insbesondere deren Rückkaufswerte, Auskunft zu erteilen.**

Geldinstitut ..... .....	Geldinstitut ..... .....
Versicherung ..... .....	Versicherung ..... .....
Sonstiges ..... .....	Sonstiges ..... .....

Es wird versichert, dass die oben genannten Angaben voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Geldinstitute / Versicherungen verschwiegen wurden, bei denen noch ein Konto / eine Versicherung besteht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Aktenzeichen</b>	<b>Geburtsdatum</b>

## **Schweigepflichtentbindung**

### **1. Einwilligung der Antragstellerin/des Antragstellers**

**Für meinen Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) bin ich damit einverstanden**, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von den Ärzten und Einrichtungen angefordert werden können. Hierzu gehören ärztliche und psychologische Gutachten, Untersuchungsunterlagen, Berichte über bisherige Therapieverläufe, Adaptionsbehandlungen und während der Antragsstellung / laufenden Maßnahmen erhobene Befunde und Berichte. Dies beinhaltet auch meine Einwilligung zur Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen an den Träger der Eingliederungshilfe. Weiterhin darf, soweit vorhanden, Einsicht in die Schwerbehindertenakte genommen werden.

**Ich willige ein**, dass dem Gesundheitsamt zum Zwecke der Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen nach § 90 ff. SGB IX meine Unterlagen übermittelt werden können. Wiederkehrende Befunde dürfen an die/den für mich zuständige(n) sozialpädagogische(n) Hilfeplaner/in und meine(n) fallführende(n) Sachbearbeiter/in im Amt für Teilhabe und Soziales weitergeleitet werden und ich entbinde das Gesundheitsamt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

### **2. Weitere Informationen**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft oder Grundsicherungsträger/Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der/des Antragstellers/in - nicht die des eventuellen Bevollmächtigten – erforderlich.

## Hinweise zum Leistungsbezug von Eingliederungshilfe nach SGB IX:

### Ihre Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten:

Hiermit wird auf Ihre Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) ausdrücklich hingewiesen. Besonders wird darauf hingewiesen, uns folgende Änderungen (Auflistung ist nicht abschließend!) Ihrer Lebenssituation unverzüglich mitzuteilen:

- jegliche Einkommensveränderungen, wie zum Beispiel:
  - Erhalt / Wegfall der Hilfe zum Lebensunterhalt (Kap. 3 SGB XII)
  - Erhalt / Wegfall Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Kap. 4 SGB XII)
  - Erhalt / Wegfall Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)
  - Erhalt / Wegfall anderer Sozialleistungen wie Wohngeld, Kindergeld, Blindengeld, usw.
  - Rentenbewilligungen/ -anpassungen
  - Erbschaften
  - Schenkungen (Geld- oder Sachwerte)
  - Rentennachzahlungen
  - Gewinne jeglicher Art
  - Auszahlung einer Versicherung
  - durch Verkauf erwirtschaftete Gelder
  - Sonstiges
  
- sonstige Veränderungen, wie zum Beispiel:
  - Wohnungswechsel bzw. Umzug
  - Veränderung des Familienstandes
  - Namensänderung
  - Sonstiges

Beachten Sie, dass uns auch alle anderen, hier nicht gesondert aufgelisteten Veränderungen Ihrer Lebenssituation, unverzüglich mitzuteilen sind!

Sollten Sie dem nicht nachkommen, kann die Leistung durch den Eingliederungshilfeträger nach § 66 (SGB I) ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Wenn bei Antragstellung wissentlich falsche Angaben gemacht oder später eingetretene Veränderungen nicht unverzüglich mitgeteilt werden und der Eingliederungshilfeträger zu Unrecht Aufwendungen übernommen hat, behalten wir uns die Rückforderung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen vor.

---

**Hiermit wird bestätigt, die oben aufgeführten Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben und diese zu beachten.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragsstellers / der nachfragenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

---

Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners

## Informationen nach Art. 13 DS-GVO

(Anlage zum Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX beim Amt für Teilhabe und Soziales des Landratsamtes Sonneberg)

### 1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

**Verantwortlicher:** Landratsamt Sonneberg  
vertreten durch den Landrat  
Bahnhofstraße 66  
96515 Sonneberg  
E-Mail: datenschutzbeauftragter@lkson.de  
Tel.: 03675/871-0

### **Innerorganisatorisch für die Datenverarbeitung verantwortlich:**

**Amt:** Amt für Teilhabe und Soziales  
vertreten durch die Amtsleitung

### **Kontakt:**

**Telefon** 03675/871-279  
**Fax** 03675/871-404  
**E-Mail** sozialamt@lkson.de

### 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

<b><u>Postanschrift:</u></b>	<b><u>Kontakt:</u></b>
Landratsamt Sonneberg	Telefon 03675/871-340
Datenschutzbeauftragter	Fax 03675/871-404
Bahnhofstraße 66	E-Mail datenschutzbeauftragter@lkson.de
96515 Sonneberg	

### 3. Zwecke der Datenverarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich für folgende Zwecke verarbeitet:  
- Bearbeitung des Antrages nach Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), Zwölftes Buch (SGB XII) und gemäß Artikel 6 Absatz 1, Buchstabe c und e, EU-DSGVO

### 4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern

Ihre personenbezogenen Daten erhalten folgende Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern:

- innerhalb des Verantwortlichen: Fachämter und Einrichtungen (soweit erforderlich)
- Auftragsverarbeiter: Wartungs- u. Servicevertrag Software ProSoz-Herten

Dritte (außerhalb des Verantwortlichen): Behörden, Gerichte, Leistungsanbieter, Einrichtungsträger, Unterhaltsverpflichtete, Sozialleistungsträger, Kranken- und Pflegeversicherung (soweit im Antragsverfahren erforderlich)

## 5. Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation

Ihre personenbezogenen Daten werden an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt:

ja  nein

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von:

Angemessenheitsbeschluss (Art. 45 DS-GVO):

geeignete Garantien (Art. 46 DS-GVO):

## 6. Dauer der Speicherung bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer

- Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt für die Dauer von: 5 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Sozialverwaltungsverfahren abgeschlossen wurde.
- Die konkrete Speicherdauer kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht angegeben werden. Daher werden die Daten so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen für die (jeweilige Aufgabenerfüllung beschreiben) erforderlich ist.

## 7. Ihre Rechte

Im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten habe Sie folgende Rechte:

Sie können nicht gezwungen oder gedrängt werden, Ihre Einwilligung zu erklären oder aufrecht zu erhalten (**Freiwilligkeit der Einwilligung**).

Sie können jederzeit den Widerruf Ihrer Einwilligung erklären. Dies kann auch mündlich oder per E-Mail erfolgen. Gegebenenfalls müssen Sie Ihre Identität nachweisen. Ab Zugang der Erklärung dürfen Ihre Daten nicht weiter verarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Die bisherige Verarbeitung bleibt jedoch hiervon unberührt (**Widerrufsrecht**).

**Die nachfolgenden Rechte bestehen nur nach den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen und können auch durch spezielle Regelungen eingeschränkt oder ausgeschlossen sein.**

Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob Ihre Sie betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so haben Sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 DSGVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die **Berichtigung** der Sie betreffenden unrichtigen personenbezogenen Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen (Art. 16 DSGVO).

Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass die Sie betreffenden personenbezogenen Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art. 17 DSGVO im

einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**).

Sie haben das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben, für die Dauer der Prüfung durch den Verantwortlichen.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten **Widerspruch** einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann grundsätzlich nicht mehr (Art. 21 DSGVO).

Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten und diese Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln.(Art. 20 DS-GVO).

Sie haben das Recht, Beschwerde gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten beim Thüringer Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Häßlerstraße 8, 99096 Erfurt ([www.tlfdi.de](http://www.tlfdi.de)) zu erheben (**Beschwerderecht**).

#### 8. Automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling

1. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt mittels automatisierter Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 Abs. 1, 4 DS-GVO:

ja  nein

2. Wenn unter 1. „ja“ angekreuzt wurde:

Folgende Logik liegt der automatisierten Einzelentscheidung zugrunde:

Die Verarbeitung hat folgende Auswirkung auf die betroffene Person (Tragweite schildern):

#### 9. Weiterverarbeitung für einen anderen Zweck (*optional*)

Ihre personenbezogenen Daten werden für einen anderen Zweck weiterverarbeitet als den, für den die Daten erhoben wurden  ja  nein

Der andere Zweck ist: Die gleichzeitige Bewilligung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII.

## Hinweis und Erklärung zum Antrag

### beim Amt für Teilhabe und Soziales des Landratsamtes Sonneberg

Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Nachweise benötigt. Der Antrag ist daher sorgfältig auszufüllen; die Richtigkeit der gemachten Angaben ist durch Unterschrift zu bestätigen.

Ihre Mitwirkungsverpflichtungen ergeben sich aus §§ 60 ff. SGB I. Ihre Angaben werden teilweise mit Angaben, die sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Erklärung der nachfragenden Person(en) oder des/der gesetzlichen Vertreters/in, falls diese/r Antragsteller/in ist:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen. Die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit, geringfügige Beschäftigung usw.) ist vor Aufnahme der Arbeit der bewilligenden Stelle anzuzeigen.

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

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist sowie eine Rückforderung zu Unrecht erhaltener Leistungen erfolgen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in dieser Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden und entsprechend der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Stellen weitergegeben werden können. Das Informationsblatt nach Art. 13 EU-DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter/Bevollmächtigte(r)	Unterschrift Ehegatten/Ehegattin, Lebenspartner(in), Partner(in) eheähnliche Gemeinschaft

**Anlage zum Antrag auf Eingliederungshilfe nach §§ 90 ff. SGB IX  
- Mantelbogen -**

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Aktenzeichen</b>	<b>Geburtsdatum</b>

<b>Seit wann im Landkreis Sonneberg?</b>	<b>Wo haben Sie zuletzt gewohnt?</b>
--	--------------------------------------

**nächster Angehörige/r bzw. nächste Bezugsperson\***

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Fachkraft (professionelle Bezugsperson)**

Name: \_\_\_\_\_ Einrichtung: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Facharzt**

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Beeinträchtigung/ Behinderung/ Krankheit/ Pflegebedürftigkeit**  
 Diagnose nach ICD 10 \*\*/ nach ICF \*\*

---



---



---

**Art der besonderen Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten (nach § 67 SGB XII):**

---



---



---

**Wurden in den letzten 12 Monaten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation geleistet?**

(z.B. Leistungen der Krankenkasse, des Rentenversicherungsträgers, der Unfallkasse etc.?)

nein	unbekannt	ja	⇒	Zeitraum	Leistungsart	Leistungsträger	Abschlussbericht	
							ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wurden in den letzten 12 Monaten Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben geleistet?**

(z.B. Leistungen des Rentenversicherungsträgers, der Bundesagentur f. Arbeit, der Unfallkasse etc.?)

nein	unbekannt	ja	⇒	Zeitraum	Leistungsart	Leistungsträger	Abschlussbericht	
							ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wurde in den letzten 12 Monaten Eingliederungshilfe nach den §§ 90 ff. SGB IX geleistet?**

nein	unbekannt	ja	⇒	Zeitraum	Leistungsart	Leistungsträger	Abschlussbericht	
							ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wurde in den letzten 12 Monaten Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII geleistet?**

nein	unbekannt	ja	⇒	Zeitraum	Leistungsart	Leistungsträger	Abschlussbericht	
							ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wurden in den letzten 12 Monaten sonstige Leistungen der Sozialhilfe gewährt?**

nein	unbekannt	ja	⇒	Zeitraum	Leistungsart	Leistungsträger	Abschlussbericht	
							ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wurden in den letzten 12 Monaten Hilfen nach dem SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe geleistet?**

nein	unbekannt	ja	⇒	Zeitraum	Leistungsart	Leistungsträger	Abschlussbericht	
							ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

 Unterschrift des/ der  
 Antragstellers/ in bzw.  
 gesetzlichen Vertreters/ in
**Wird nur vom Eingliederungshilfeträger ausgefüllt:**Eine ärztliche Begutachtung bzw. Stellungnahme liegt vor  nein  ja, mit Datum vom .....

Die antragstellende bzw. die leistungsberechtigte Person gehört demnach:

- zum Personenkreis gemäß § 99 SGB IX.
- zum Personenkreis gemäß § 67 SGB XII.
- zu keinem der genannten Personenkreise.