

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen nach dem SGB IX, SGB XII, BVG

| | |
|--|--|
| Leistungsantrag für (Name, Vorname) | |
| Geburtsdatum | |
| Beginn der Leistung | |

Zur sachgerechten Entscheidung über Ihren Antrag werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der antragstellenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters/Betreuers auf der letzten Seite zu bestätigen. Bitte beachten Sie auch den datenschutzrechtlichen Hinweis am Ende des auszufüllenden Formulars.

Leistungsarten

| Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|--------------|--|-----|--|
| | | Name des Anbieters / Einrichtung | | | | |
| Eingliederungshilfe | Besondere Wohnform | | | | | |
| | teilstationäre Einrichtung (Förderstätte/WfbM/andere Anbieter) | | | | | |
| | ambulant betreutes Wohnen | | | | | |
| | Behindertenfahrdienst | | | | | |
| | Hilfsmittel/Wohnungsumbau | | | | | |
| | | | | | | |
| Hilfe zur Pflege | Alten- und Pflegeheim | | | | | |
| | auf Dauer | vorübergehend | vom | | bis | |
| | Gerontopsych. Abteilung | Einzelzimmer | Doppelzimmer | | | |
| | Kurzzeitpflegeeinrichtung | | | | | |
| | Tages-/Nachtpflege | | | | | |
| | ambulante Hilfe zur Pflege | | | | | |
| Blindenhilfe | | | | | | |

Persönliche Angaben

| | zur nachfragenden Person | | zum Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) zum Lebenspartner (bei Platzmangel bitte Extrablatt verwenden) | |
|--|--|---------|--|---------|
| Vorname | | | | |
| Nachname | | | | |
| Geburtsname ggf. früherer Name | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Geburtsland | | | | |
| ggf. Sterbedatum/-ort | | | | |
| Staatsangehörigkeit (bei Ausländern bitte aufenthaltsrechtlichen Status und Passkopie ¹ beifügen) | deutsch | andere: | deutsch | andere: |
| Familienstand | ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden getrennt lebend | | ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden getrennt lebend | |
| Telefon (freiwillige Angabe) | | | | |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | |
| PLZ, Wohnort | | | | |
| zuletzt ausgeübter Beruf | | | | |
| Arbeitgeber | | | | |
| Rentenversicherung (bitte aktuellen Versicherungsverlauf beifügen) | | | | |

Angaben zur Krankenversicherung der nachfragenden Person

| | |
|-----------------------|--|
| Krankenversichert als | Pflichtmitglied privates Mitglied Rentner Rentenantragsteller versichert über Sozialhilfeträger familienversichert freiwilliges Mitglied |
| Monatsbeitrag | |
| Name der Krankenkasse | |
| PLZ, Ort | |

¹ nicht relevante Daten wie Größe oder Augenfarbe können abgedeckt oder auf der Kopie geschwärzt werden.

Angaben zur Krankenversicherung der nachfragenden Person

| | |
|---|--|
| Krankenversicherungsnummer | |
| Wenn derzeit nicht krankenversichert, Mitgliedschaft zuletzt bei folgender Krankenkasse | |

Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung

| | | |
|---|------------|--|
| Betreuung (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen) | ja nein | Wirkungskreis: Alle Wirkungskreise Vermögenssorge Gesundheitsfürsorge Vertretung vor Behörden Sonstiges |
| | | |
| Bevollmächtigung (bitte Kopie der Vollmacht beifügen) | ja nein | |
| Vor- und Nachname | | |
| Straße und Hausnummer | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Telefon (freiwillige Angabe) | | |
| Fax (freiwillige Angabe) | | |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | | |

Wohnverhältnisse der nachfragenden Person

(Vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung/besondere Wohnform oder zum betreuten Wohnen sofern die Übernahme von Unterkunftskosten beantragt wird, bitte Beiblatt ausfüllen.)

| | | |
|---|-------------|-----------------------|
| Art der Unterkunft | Mietwohnung | Haus/Eigentumswohnung |
| Miete monatlich (ohne Nebenkosten) | | |
| kalte Nebenkosten (z. B. Wassergeld, Abwasser- und Abfallbeseitigung – bitte belegen) | | |
| Heizkosten monatlich | | |
| Die bisherige Wohnung wurde gekündigt am: | | zum: |
| freies Wohnrecht oder Nießbrauch | ja nein | |

Angaben zu den Angehörigen (Kinder, Eltern)

(auch die Personen angeben, die bereits verstorben sind)

| | Angehöriger 1 | Angehöriger 2 | Angehöriger 3 |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Vorname | | | |
| Nachname | | | |
| ggf. Geburtsname (freiwillige Angabe) | | | |
| Geburtsdatum/-ort | | | |
| ggf. Sterbedatum/-ort | | | |
| Familienstand (freiwillige Angabe) | | | |

Angaben zu den Angehörigen (Kinder, Eltern)

(auch die Personen angeben, die bereits verstorben sind)

| | Angehöriger 1 | Angehöriger 2 | Angehöriger 3 |
|--|--|--|--|
| Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person | | | |
| mit der nachfragenden Person in Haushaltsgemeinschaft lebend | ja nein | ja nein | ja nein |
| Straße, Hausnummer | | | |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Beruf/derzeitige Tätigkeit | | | |
| Selbstständigkeit | ja nein | ja nein | ja nein |
| wenn nein, Arbeitgeber | | | |
| Einkommen (Summe der Einkünfte lt. Einkommensteuer-Bescheid) | unter 100 000 € über 100 000 € nicht bekannt | unter 100 000 € über 100 000 € nicht bekannt | unter 100 000 € über 100 000 € nicht bekannt |

Angaben zu früheren Ehegatten / Lebenspartner

| | | | |
|---|--|--------------|--|
| Soweit die Ehe mit dem auf S. 1 angegebenen Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde bzw. die Ehegatten getrennt leben. (Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen!) | | | |
| Urteil des Land-/Familiengerichts in | | | |
| vom | | Aktenzeichen | |
| weitere Ehegatten der nachfragenden Person | | | |
| Vor- und Nachname | | | |
| Geburtsdatum/-ort | | | |
| ggf. Sterbedatum/-ort | | | |
| Straße, Hausnummer | | | |
| PLZ, Wohnort | | | |

Sonstige Angaben zur nachfragenden Person

| | |
|---|------------|
| Beihilfeanspruch der nachfragenden Person, des Ehegatten oder der Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung) | ja nein |
| Beihilfeberechtigter | |
| Beihilfe gewährende Stelle | |
| dauernde Behinderung, Krankheit besteht ² | ja nein |
| Bezeichnung der Krankheit ² | |
| Voll/teilweise erwerbsgemindert seit ² (bitte Entscheidung der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen, nur für Antragsteller unter der Regelsaltergrenze) | |

² Die erhobenen Gesundheitsdaten werden zur Prüfung vorrangiger Leistungsansprüche ggf. an Dritte weitergegeben.
Siehe hierzu Hinweise Seite 11.

Sonstige Angaben zur nachfragenden Person

| | | | |
|---|--|---|--------------|
| Ursache ² (z. B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit usw.) | | | |
| ggf. Grad der Behinderung ² (Bitte Kopie beifügen) | | festgestellt vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt) | |
| Besteht Blindheit? ² | | ja | nein |
| Wurde ein Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt? ² (ggf. bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse und des MdK-Gutachtens beifügen) | | ja | nein |
| Werden jetzt oder wurden bereits früher Sozialleistungen/Kriegsopferfürsorge bezogen? (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!) | | ja | nein |
| vom | | bis | |
| Name der Behörde | | | |
| Leistungsart | | | |
| Wurden Anträge auf sonstige Sozialleistungen gestellt ? (z. B. Renten, Kindergeld, Blindengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Wohngeld, Krankengeld, Landespflegegeld, Familiengeld, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz) | | ja | nein |
| Datum | | Behörde | Aktenzeichen |
| Datum | | Behörde | Aktenzeichen |
| Datum | | Behörde | Aktenzeichen |
| Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (bitte Bescheide in Kopie beifügen) | | ja | nein |

Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) und Opferentschädigungsgesetz (OEG) (Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen)

| | |
|--|---|
| Hat die nachfragende Person oder haben Angehörige Schädigungen erlitten? ² (ggf. bitte Bescheid des Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt) beifügen) | nein ja, und zwar durch Kriegseinwirkung im militärischen Dienst der Bundeswehr bei Ausübung des Zivildienstes durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff (Gewalttat) |
| Sind Angehörige der Person, für die Leistungen beantragt werden, aufgrund nebenstehender Ereignisse verstorben? ² (ggf. bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen) | nein ja, und zwar der Ehegatte ein Elternteil ein Kind durch Kriegseinwirkung gefallen/vermisst am Kriegsleiden verstorben im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben bei Ausübung des Zivildienstes verstorben durch eine Gewalttat verstorben |

² Die erhobenen Gesundheitsdaten werden zur Prüfung vorrangiger Leistungsansprüche ggf. an Dritte weitergegeben. Siehe hierzu Hinweise Seite 11.

| | |
|------------------------------------|--|
| Vor- und Nachname des Verstorbenen | |
| Geburtsdatum | |
| Sterbedatum | |

Angaben zu den Aufenthaltsverhältnissen vor Aufnahme in die Einrichtung

| | | | | | |
|---|---------------------|--|-----------------------------|-------------|-----|
| Datum des Heimeintritts/der Aufnahme in eine besondere Wohnform/Beginn des Betreuten Wohnens | | | | | |
| Aufenthalt in den letzten 6 Monaten vor Heimeintritt/der Aufnahme in eine besondere Wohnform/Beginn des Betreuten Wohnens (für weitere Erklärungen bitte ggf. Beiblatt verwenden) | | | | | |
| 1 | von | | bis | | |
| | Straße, Hausnummer | | | | |
| | PLZ, Ort | | | | |
| | eigene Wohnung/Haus | | Betreutes (Senioren-)Wohnen | Krankenhaus | JVA |
| | Sonstiges | | | | |
| 2 | von | | bis | | |
| | Straße, Hausnummer | | | | |
| | PLZ, Ort | | | | |
| | eigene Wohnung/Haus | | Betreutes (Senioren-)Wohnen | Krankenhaus | JVA |
| | Sonstiges | | | | |
| 3 | von | | bis | | |
| | Straße, Hausnummer | | | | |
| | PLZ, Ort | | | | |
| | eigene Wohnung/Haus | | Betreutes (Senioren-)Wohnen | Krankenhaus | JVA |
| | Sonstiges | | | | |
| bei Übertritt aus dem Ausland | | | | | |
| Datum des Grenzübertritts | | | | | |
| Ort des Grenzübertritts | | | | | |

Angaben zu den Einkommensverhältnissen (bitte jeweils belegen!)

| | Einkommensart ³ (siehe Seite 7) (alle Einkünfte sind anzugeben und zu belegen) | Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z. B. Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen) | monatliches Nettoeinkommen |
|--|--|--|----------------------------|
| Person, für die Hilfe beantragt wird (nachfragende Person) | | | |
| | | | |
| | | | |

Angaben zu den Einkommensverhältnissen (bitte jeweils belegen!)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Ehegatte/Lebenspartner | | | |
| | | | |
| | | | |
| Falls kein Einkommen, wovon wurde zuletzt der Lebensunterhalt bestritten? | | | |

³ **Beispielhafte Einkommensarten**

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Altersrente/Landw. Altersgeld | Blindengeld | Landespflegegeld | Übergangsgeld |
| Arbeitnehmertätigkeit | Erwerbsminderungsrente | Mieteinnahmen | Unfallrente (...%) |
| Arbeitslosengeld I | Familiengeld | Pachteinnahmen | Unterhalt |
| Arbeitslosengeld II (Hartz IV) | Grundsicherung | Pension/BVG-Rente | Waisenrente |
| BAFöG | Hilfe zum Lebensunterhalt | Rente aus privater Versicherung | Witwenrente |
| Berufsausbildungsbeihilfe | Kindergeld | Selbständige Tätigkeit | Wohngeld |
| Betriebsrente/Zusatzrente | Krankengeld | Überbrückungsgeld | Zinsen |

Vom Einkommen absetzbare Beiträge und Belastungen

(Nachweise bitte alle beifügen!) z. B. Versicherungen, Fahrtkosten zur Arbeitsstelle etc.

| Vor- und Nachname der Person (Einkommensbezieher) | Bezeichnung der Ausgabe | Betrag in EUR (monatlich) |
|---|-------------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)

| | Nachfragende Person | | Ehegatten / Lebenspartner | |
|--|---------------------|------|---------------------------|------|
| | ja | nein | ja | nein |
| Spar- und Bankguthaben (bitte lückenlose Kontoauszüge der letzten drei Monate für sämtliche Konten in Kopie beifügen ⁴) | | | | |
| Bankinstitut | | | | |
| IBAN | | | | |
| Kontostand | | | | |
| Bankinstitut | | | | |
| IBAN | | | | |
| Kontostand | | | | |
| Bankinstitut | | | | |
| IBAN | | | | |
| Kontostand | | | | |

⁴ Schwärzung von Angaben: siehe hierzu unsere Hinweise Seite 11.

Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)

| | Nachfragende Person | | | Ehegatten / Lebenspartner | | |
|--|---------------------|------|------|---------------------------|------|------|
| | ja, i.H.v: | | nein | ja, i.H.v: | | nein |
| Bargeld | ja, i.H.v: | | nein | ja, i.H.v: | | nein |
| Sterbeversicherung (Versicherungsschein in Kopie beifügen) | ja | nein | | ja | nein | |
| Name der Versicherung | | | | | | |
| PLZ, Ort | | | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | | | |
| Begünstigter | | | | | | |
| Bestattungsvorsorgevertrag (Vertrag in Kopie beifügen) | ja | nein | | ja | nein | |
| Name Vertragspartner | | | | | | |
| PLZ, Ort | | | | | | |
| Vertragsnummer | | | | | | |
| Begünstigter | | | | | | |
| Lebensversicherung (bitte Versicherungsschein in Kopie beifügen) | ja | nein | | ja | nein | |
| Name der Gesellschaft | | | | | | |
| PLZ, Ort | | | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | | | |
| Begünstigter | | | | | | |
| Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn) (Nachweis beifügen) | | | | | | |
| Rentenversicherung/(staatl. geförderte) Betriebsrente (bitte Versicherungsschein in Kopie beifügen) | ja | nein | | ja | nein | |
| Name der Gesellschaft | | | | | | |
| PLZ, Ort | | | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | | | |
| Begünstigter | | | | | | |
| Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn) (bitte Nachweis beifügen) | | | | | | |
| (staatl. geförderte) Pflegezusatzversicherung (bitte Versicherungsschein in Kopie beifügen) | ja | nein | | ja | nein | |
| Name der Gesellschaft | | | | | | |
| Versicherungsnummer | | | | | | |

Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)

| | Nachfragende Person | Ehegatten / Lebenspartner |
|--|---|---|
| Haus- und Grundbesitz | ja nein | ja nein |
| Lage | | |
| Art (z. B. Wohnhaus) | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ, Ort | | |
| sonstige Vermögenswerte (ggf. bitte genaue Beschreibung, Höhe, Erläuterung auf gesonder- tem Blatt) | Ich verfüge über Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) Bausparverträge Kautionsguthaben Kraftfahrzeug(e) eine wertvolle Sammlung Schmuck, Bilder usw. Edelmetall (Gold, Silber usw.) Sonstiges Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte | Ich verfüge über Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) Bausparverträge Kautionsguthaben Kraftfahrzeug(e) eine wertvolle Sammlung Schmuck, Bilder usw. Edelmetall (Gold, Silber usw.) Sonstiges Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte |
| Bestehen zu einem der sonstigen Vermögens- werte Begünstigungen, Abtretungen oder Bezugsrechte? (ggf. bitte Nachweise beifügen) | | |
| vertraglich gesicherte Ansprüche (bitte eine Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen) | Ich habe keine vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte | Ich habe keine vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte |
| | Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbansprüche, Schadensersatz, Darlehensrückzahlungen etc.) | Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbansprüche, Schadensersatz, Darlehensrückzahlungen etc.) |
| | | |
| Weitere Ansprüche (bitte Kopie entsprechend beifügen) | Ich habe keine weiteren Ansprüche gegen Dritte | Ich habe keine weiteren Ansprüche gegen Dritte |
| | Ich habe folgende weitere Ansprüche (z. B. Ansprüche aus Erb- schaften, Pflichtteilsansprüche usw.) | Ich habe folgende weitere Ansprüche (z. B. Ansprüche aus Erb- schaften, Pflichtteilsansprüche usw.) |

Angaben zu Schulden (bitte durch geeignete Unterlagen belegen)

| Vor- und Nachname des Gläubigers | Grund der Schuldaufnahme | Datum der Schuldaufnahme | derzeitige Restschulden in EUR | Zinsen mtl. in EUR | Tilgung, Raten mtl. in EUR |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Angaben zu Insolvenzverfahren

| | | | | |
|---|--------|--------------|---------|--|
| Wurde ein Insolvenzverfahren beantragt oder eröffnet? | ja, am | | Gericht | |
| | | Aktenzeichen | | |
| | nein | | | |

Vermögensabgabe / Schenkungen

| | | |
|---|----|------|
| Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt? (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) | ja | nein |
| Datum | | |
| Höhe | | |
| Art | | |
| Vor- und Nachname des Empfängers | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Grund/Anlass (Verträge, notarielle Urkunden beilegen) | | |

Angaben zur Bankverbindung (Geldleistungen können auf folgendes Konto überwiesen werden)

| | |
|--------------|--|
| Kontoinhaber | |
| Geldinstitut | |
| IBAN | |
| BIC | |

Sonstige ergänzende Angaben

Erklärungen des (der) Antragsteller(in) und des (der) Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Bezirk Oberfranken übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Rente, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltsangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort (insbesondere Auslandsaufenthalte) unverzüglich und unaufgefordert dem Bezirk Oberfranken mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Prüfung des Antrages auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und Zwölftes Buch (SGB XII), bzw. Bundesversorgungsgesetz (BVG) die hierfür relevanten (Antrags-) Unterlagen dem Träger der Hilfe weitergeleitet werden dürfen.⁵

Zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabeplankonferenz Sozialdaten verarbeitet werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabeplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabeplankonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).⁵

Im Falle meiner Heimunterbringung/Unterbringung in einer besonderen Wohnform bin ich damit einverstanden, dass mir die Heimverwaltung/der Träger der besonderen Wohnform in allen Fragen der Leistungsgewährung behilflich ist. Insofern kann sich der Bezirk Oberfranken auch direkt mit der Heimverwaltung/dem Träger der besonderen Wohnform in Verbindung setzen, um Daten bei mir erheben zu lassen (z.B. Höhe des Verwahrgeldes).⁵

Meine Angaben können ggf. durch einen Kontoabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i. V. m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden.

Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsofopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFüV erteilt.

Hinweise

Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung (nicht aber deren Höhe) geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

⁵ Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Verweigerung oder der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben kann, dass die beantragten oder bereits bewilligten Sozialleistungen wegen fehlender Mitwirkung versagt oder entzogen werden können (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB I, § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person Unterschrift Betreuer/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner Unterschrift Betreuer/gesetzlicher Vertreter

Bestätigung der Behörde

| | | |
|--|----------------------|-------------------------------------|
| Der Antrag auf Leistung ist hier am | <input type="text"/> | aufgenommen worden. eingegangen. |
| Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die beantragten Leistungen vorliegen. Die einschlägigen Nachweise wurden – soweit sie nicht beiliegen – eingesehen. | | |
| Urschriftlich mit | <input type="text"/> | Belegen am <input type="text"/> |
| an | <input type="text"/> | |
| weitergeleitet mit folgender Stellungnahme – ggf. gesondertes Blatt verwenden | | |
| <input type="text"/> | | |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Behörde

Hinweise gemäß Art. 13, 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Oberfranken

Cottenbacher Straße 23

95445 Bayreuth

Telefon: 0921 7846-0

E-Mail: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchst. a), c) und e), Abs. 2 und 3, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Oberfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben (Art. 17 DSGVO, § 84 SGB X) für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Oberfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Die Datenschutzbeauftragte des Bezirks Oberfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0921 7846-3400 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de).

Beiblatt zum Antrag auf Gewährung von Hilfe nach dem SGB IX/SGB XII/BVG

Übernahme der Unterkunftskosten wird für folgenden Wohnraum beantragt

| | | | | | |
|--------------------|-------------------|------------|--|-----------------------|----------------|
| Art der Unterkunft | Wohnung zur Miete | | | Haus/Eigentumswohnung | |
| Straße, Hausnummer | | | | | |
| PLZ, Ort | | | | | |
| Anzahl der Zimmer | | Wohnfläche | | | m ² |

Folgende Personen wohnen außer mir in der angegebenen Unterkunft

| | |
|-------------------|--|
| Vor- und Nachname | |
| Vor- und Nachname | |
| Vor- und Nachname | |

Höhe der Unterkunftskosten (Bitte Mietvertrag **und** letzte Betriebskostenabrechnung in Kopie beifügen!)

| | |
|---|--|
| mtl. Gesamtmiete | |
| davon Kaltmiete | |
| davon Nebenkosten (außer Heizkosten) | |
| Heizungsart (z. B. Gas, Zentralheizung, Strom) | |
| mtl. Heizkosten | |
| Warmwasserbereitung durch | Gastherme/Etagenheizung Elektroboiler Zentralheizung/Fernwärme |
| Garage/Stellplatz | |
| Kabelfernsehen | |
| Sonstiges | |

Anspruch auf Wohngeld

| | |
|----------|---|
| Wohngeld | Ich habe Wohngeld beantragt (bitte Bescheid nach Erhalt übersenden) Ein Wohngeldantrag wurde zuletzt nicht gestellt. |
|----------|---|

Bankverbindung

| | |
|--------------------------------|---|
| Die Unterkunftskosten soll auf | mein Konto überwiesen werden. das Konto meines Vermieters überwiesen werden. |
| Kontoinhaber | |
| Geldinstitut | |
| IBAN | |
| BIC | |

Ort, Datum

Unterschrift