



Ausfüllhinweise zum Antrag auf Sozialhilfe/Eingliederungshilfe

Hauptantrag (H)

Der vollständige Antrag auf Sozialhilfe/ Eingliederungshilfe besteht aus

1. einem Hauptbogen (H) sowie
2. den auf der letzten Seite des Hauptbogens vermerkten Anlagen.

Bitte füllen Sie bei Anträgen auf unterschiedliche Leistungen die Zusatzbögen auch dann vollständig aus, wenn sich Fragen überschneiden sollten!

Bitte alle Fragen beantworten bzw. „ja“ oder „nein“ ankreuzen.

Sofern bei einzelnen Punkten des Antrages nicht genügend Platz vorhanden sein sollte, verwenden Sie bitte **ein Zusatzblatt** und **kennzeichnen** es mit der entsprechenden Abschnittsüberschrift, z.B. „Persönliche Verhältnisse - Stammdaten“.

Alle Angaben sind durch **geeignete Nachweise** zu belegen! Anlagen sind dem Antrag beizufügen oder persönlich zur Einsichtnahme vorzulegen.

Um über Ihren Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), die Datenverarbeitung nach § 67b SGB X.

ACHTUNG:

Die grau hinterlegte Spalte wird nur für hausinterne Zwecke benötigt. Streichungen sind nicht ausreichend und führen zu zeitintensiven und verfahrensverzögernden Nachfragen!

Termin zur Rückgabe: _____ (2 Wochen)

Sofern Sie diesen Termin nicht einhalten können, kontaktieren Sie uns bitte zur Vereinbarung einer möglichen Fristverlängerung!

Servicetelefon: 03843/755-50999

Landkreis Rostock Der Landrat Außenstelle Bad Doberan Sozialamt August-Bebel-Str. 3 18209 Bad Doberan www.landkreis-rostock.de	Sachbearbeiter/in:	Aktenzeichen/Org.: /
	ausgegeben am:	eingegangen am:

Antrag auf Sozialhilfe / Eingliederungshilfe - Hauptbogen (H)

Beantragt wird (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)
- Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

I. Persönliche Verhältnisse - Stammdaten		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Anrede	Vorname	Antragsteller hat sich ausgewiesen durch
Familienname	Geburtsname (falls abweichend)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Personalausweis
Geburtsort/-kreis	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Reisepass
Geburtsland	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B.: elektronischer Aufenthaltstitel)
Aufenthaltsstatus		Gültig bis _____
Straße/ Hausnummer/ Zusatz		AZR-Nummer _____
Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil		Personenkennnummer (bei rumänischen und bulgarischen Staatsbürgern)
Telefon/Handy	E-Mail	Datum, Unterschrift SB
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____		<input type="checkbox"/> Heiratsurkunde <input type="checkbox"/> Scheidungsurkunde <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde

<p>Beschäftigungsstatus</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> berentet seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> berufstätig seit: _____</p> <p>bei (Name, Anschrift): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag</p> <p><input type="checkbox"/> aktueller ALG I-/II-Bescheid</p> <p><input type="checkbox"/> aktueller Rentenbescheid</p>
<p>Schwerbehinderung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja, laut Bescheid gültig bis: _____</p> <p>Falls ja, Merkzeichen <input type="checkbox"/> G/ aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H</p>	<p><input type="checkbox"/> Schwerbehinderten- ausweis/ Feststellungs- bescheid</p>
<p>Besteht ein Pflegegrad?</p> <p>Ja, ich habe Pflegegrad: _____</p> <p>Laut Bescheid der Pflegekasse vom: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Gutachten MDK</p> <p><input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegekasse</p>
<p>II. Antragsbegehren/-begründung (<u>zwingend auszufüllen</u>)</p>	
Empty space for the application request/justification	

III. Betreuer/ Bevollmächtigter	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Betreuerausweis ODER Bestellungsurkunde <input type="checkbox"/> Nachweis der Vollmacht
Straße/ Hausnummer	
Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil	
Telefon/Handy	
E-Mail	

IV. Weitere persönliche Verhältnisse	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!																								
<p>Leben weitere Personen mit Ihnen im Haushalt?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Erzielen diese Personen Einkommen?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, füllen Sie den Bogen (A) Angehörige aus.</p> <p>Namen der Angehörigen, die mit Ihnen in einem Haushalt leben:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Name, Vorname</th> <th style="width: 17%;">Geburtsdatum</th> <th style="width: 50%;">Verwandtschaftsverhältnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Haben Sie Angehörige, die außerhalb Ihres Haushalts leben?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, füllen Sie die Anlage zu Angehörigen außerhalb des Haushaltes aus.</p>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis																						<input type="checkbox"/> Bogen (A) für jeden Angehörigen, <u>der mit Ihnen in einem Haushalt lebt und eigenes Einkommen erzielt</u>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis																							

<p>Leben Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung in einer stationären Einrichtung, besonderen Wohnform oder einer JVA?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, kein Verlassen geplant <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, aber ein Verlassen steht an zum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja, aber ein Wechsel steht kurzfristig an: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Anschrift der letzten Wohnung vor erstmaliger Aufnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Anschrift neue Wohnung/ Einrichtung</p>
<p>Sind Sie innerhalb der letzten drei Monate umgezogen oder planen Sie einen Umzug?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Anschrift vor Umzug:</u></p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Datum des Umzugs</p> <p><input type="checkbox"/> Nennung des Ausgangs-/ Ziel-Ortes</p>

V. Leistungen/Ansprüche	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
<p>Wurden bereits Leistungen der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe bezogen?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ja, zuletzt vom _____ bis _____</p> <p>Behörde: _____</p> <p>Welche Leistung(en): _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Wird/wurde ALG II bezogen („Hartz 4“)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ja, zuletzt vom _____ bis _____</p> <p>Jobcenter: _____</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen durch ein Jugendamt, z.B. Hilfe zur Erziehung etc.?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Wird eine Fördergruppe besucht?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wird eine Tagesstätte besucht?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Besteht eine Kranken- und Pflegeversicherung (gesetzlich/freiwillig) bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, etc.)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche? _____</p> <p>KV-Nr.: _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>Erhalten Sie Leistungen durch eine <u>gesetzliche</u> Krankenkasse, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Besteht eine private Kranken- und Pflegeversicherung ODER Zusatzversicherung?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche? _____</p> <p>KV-Nr.: _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen durch eine private Krankenversicherung, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen durch eine Pflegekasse, z.B. Pflegegeld, Sachleistungen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	
<p>Werden oder wurden Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung oder Altersvorsorge der Landwirte eingezahlt?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Werden oder wurden Beiträge für Versorgungswerke oder private Rentenversicherungsverträge entrichtet?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Leistungen aus der gesetzlichen/privaten Rentenversicherung, z.B. Renten, Sachleistungen, Assistenzen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ist der Antrag auf Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeleistungen aufgrund eines Unfalls notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Haben Sie einen Impfschaden erlitten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>

<p>Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Leistungen nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (z.B. SED-Opferrente)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Berufsausbildungsbeihilfe oder BAföG?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Unterhaltsvorschuss?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Kindergeld?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Wohngeld?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Bestehen Unterhaltstitel oder wird Unterhalt geleistet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<input type="checkbox"/> Gerichtl. o. sonst. Unterhaltstitel
<p>Erhalten Sie Leistungen durch die Bundesagentur für Arbeit, z.B. ALG I, Fördermaßnahmen, etc.?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Leistungen durch eine Unfallkasse/ Berufsgenossenschaft, z.B. Bezüge, Kuren, etc.?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Erhalten Sie Leistungen durch ein Integrations-/Inklusionsamt, z.B. Assistenzleistungen, Hilfsmittel, etc.?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> Beitragsbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag
<p>Erhalten Sie andere, bisher nicht aufgeführte Leistungen, haben Sie solche beantragt oder sind Sie der Auffassung, dass diese Ihnen zustehen?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aber beantragt am/bei: _____</p>	<input type="checkbox"/> Konkrete Benennung und Begründung auf gesondertem Blatt

VI. Angaben zum Einkommen		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Nichtselbstständige Arbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Steuererklärung des Vorjahres UND des Vorvorjahres <input type="checkbox"/> ausgefüllter Bogen ES <input type="checkbox"/> Gehaltsnachweise der letzten 12 Monate, lückenlos <input type="checkbox"/> Konkrete Benennung sonstiger Einkünfte auf gesondertem Blatt
Selbstständige Arbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Altersrente		
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-/minderungsrente		
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente		
<input type="checkbox"/> Unfallrente		
<input type="checkbox"/> Waisenrente		
<input type="checkbox"/> Andere: _____		
Arbeitsbereich Werkstatt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Außenarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pensionen/ Ruhegelder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Land-/ Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermietung/ Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Steuererstattungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Einkünfte und geldwerte Vorteile	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zinsen, Dividenden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

VII. Absetzungen vom Einkommen		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Beitrag Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jeweils letzte/aktuelle Beitragsbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag
Beitrag Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Werden Beiträge für Sterbegeldversicherungen/-vorsorgeverträge entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aufwendungen für Arbeitsmittel (inklusive Arbeitsbekleidung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, konkrete Benennung auf gesondertem Blatt!		

Fahrkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Distanz in km zwischen Wohnung und Arbeitsstätte _____ Anzahl der Tage pro Woche, an denen diese Strecke zurückgelegt wird _____ Mit welchem Verkehrsmittel/ Mitfahrgelegenheit wird der Weg zur Arbeit bewältigt? _____	<input type="checkbox"/>
Beiträge zu Berufsverbänden / Gewerkschaften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige notwendige Ausgaben für die Erzielung von Einkommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Konkrete Benennung und Begründung auf gesondertem Blatt

VIII. Vermögensauskunft	Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Bargeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, aktueller Stand: _____	<input type="checkbox"/> Selbstauskunft auf gesondertem Blatt: <ul style="list-style-type: none"> - Summe vorhandenes Bargeld, lückenlose Aufstellung aller Sachwerte, - lückenlose Aufstellung aller Konten, Wert-papiere / Sparbücher. <input type="checkbox"/> Girokontoauszüge der letzten 3 Monate (lückenlos und ungeschwärzt)
Sachwerte (Schmuck, Antiquitäten, Edelmetalle, Münzen, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, was/Wert: _____	
Girokonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ 2. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ Bei weiteren Konten bitte Extrablatt verwenden!	
Sparkonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ 2. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ Bei weiteren Konten bitte Extrablatt verwenden!	
Sparbücher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wie viele: _____ aktuelle Stände: _____	<input type="checkbox"/> Sparbuchauszüge der letzten 10 Jahre (lückenlos und ungeschwärzt)

Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sparverträge, Bausparverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungen (z.B. Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Bauspar-/ Versicherungsverträge
wenn ja, Rückkaufswert(e): _____		
Bestattungsvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> vollständige Policen
wenn ja, welches Bestattungshaus: _____		<input type="checkbox"/> vollständiger Vertrag
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Zulassung Teil II, km-Stand
wenn ja, aktueller Wert: _____		
Bitte Angaben für das im Haushalt befindliche KFZ ausfüllen		
Häuser, Grundstücke, Erbbau- und Wohnrechte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Notarieller Vertrag
		<input type="checkbox"/> Grundbuchauszüge
Sonstige Vermögenswerte (z.B. Mietkautionen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Konkrete Benennung des Vermögens inkl. Wert unter „Bemerkungen/Erklärungen zu einzelnen Angaben“		
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Konkrete Benennung des verschenkten Vermögens, der Beschenkten und des Zeitraumes unter „Bemerkungen/Erklärungen zu einzelnen Angaben“		

Bemerkungen/ Erklärungen zu einzelnen Angaben:

IX. Schlusserklärungen, Unterschriften

Datenschutz (bitte gesondert unterschreiben!)

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch X – SGB X in Verbindung mit den Bestimmungen des SGB XII. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu. Sofern von einem anderen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, werden die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger angefordert. Vorstehende Ausführungen gelten auch für Erbringer von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II - SGB II und andere Rehabilitations- sowie Sozialleistungsträger.

Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträgers bzw. des Erbringers von Leistungen nach dem SGB II oder von Rehabilitations- bzw. Sozialleistungen ärztliche Berichte/ Gutachten/ Befunde oder Einkommens- oder Vermögens bzw. sonstige Nachweise befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, **so erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten Träger diese an den zuständigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger weiterleiten dürfen.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/ Sorgeberechtigter 1

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in/ Lebensgefährte/ Sorgeberechtigter 2

Erklärung zur Wahrheit der getätigten Angaben

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Erklärung zu Mitwirkungspflichten

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass mir bekannt ist, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. **Mir ist ferner bekannt**, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

Erklärung Kenntnisnahme Merkblätter in der Anlage,

Erhalt Informationsblatt nach Art. 13 DS-GVO

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich die als Anlagen beigefügten Merkblätter zur Mitwirkungspflicht und Strafbarkeit falscher Angaben zur Kenntnis genommen und verstanden habe. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt des Informationsblattes nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift Aufnehmende/-r

Informationen

nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung	Ansprechpartner
Landkreis Rostock Der Landrat Am Wall 3-5 18273 Güstrow www.landkreis-rostock.de	Sozialamt Amtsleiterbereich Geschäftsstelle Telefon: 03843/755 - 50999 E-Mail: sozialamt@lkros.de
Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten	
Landkreis Rostock Datenschutzbeauftragter Am Wall 3-5, 18273 Güstrow	Telefon: 03843 / 755 - 30001 E-Mail: datenschutz@lkros.de
Zweck der Datenverarbeitung:	
– Bearbeitung von Verfahren der Sozialhilfe (SGB XII), der Eingliederungshilfe (SGB IX), des Landesblindengeldgesetzes M-V (LBIGG M-V), der Kriegsopferfürsorge (KOF), des Unterhaltssicherungsgesetzes (USG), des Pflegewohngeldes M-V (§ 9 LPfle-geG M-V) sowie des beruflichen Rehabilitationsgesetzes (BerRehaG)	
Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:	
– Art. 6 Abs. 1 lit. c. DS-GVO i.V.m. <ul style="list-style-type: none">○ SGB IX, SGB XII, KOF: §§ 67a ff. SGB X○ § 9 LPflegeG M-V: § 12 Abs. 4 S. 4 LPflegeG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X○ LBIGG M-V: § 10 LBIGG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X○ BerRehaG: § 19 BerRehaG i.V.m. §§ 1 ff. BDSG○ USG: §§ 1 ff. BDSG	
Folgen bei Nichtbereitstellung der Daten durch die betroffene Person:	
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, für einen Vertragsabschluss erforderlich oder die betroffene Person ist verpflichtet die personenbezogenen Daten zur Antragsbearbeitung bereitzustellen. Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung bzw. Zurückhaltung von personenbezogenen Daten sind: Die Bearbeitung ist nicht oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung möglich.	
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:	
– Leistungsempfänger/gesetzliche Vertreter/Bevollmächtigte, Unterhaltsverpflichtete/Erben, Sozialleistungsträger/Behörden/Gerichte, Leistungsanbieter, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Statistisches Landesamt M-V.	
Geplante Datenübermittlung in ein Drittland oder an eine internationale Organisation	
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, weitere Informationen gem. Art. 13 Abs. 1 lit. f) bzw. Art. 14 Abs. 1 lit. f) DS-GVO	
Speicherdauer der Daten, bzw. die Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer:	
– Die Speicherdauer für die erhobenen Daten richtet sich unter Beachtung gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Aufbewahrungsfristen nach Art. 5 Abs. 1 lit. e DS-GVO i.V.m. § 76b SGB X bzw. §§ 1 ff. BDSG.	
Information zu Betroffenenrechten	
Auf Ihre Rechte zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlagen hierfür sind die Art. 15 bis 21 DS-GVO. Beruht die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sie haben das Recht Beschwerden beim Landesbeauftragten für Datenschutz zu erheben. Postanschrift: Schloss Schwerin, Lennéstraße 1, 19053 Schwerin, Tel.: 0385 / 59494-0 oder E-Mail: info@datenschutz-mv.de .	

Folgende Anlagen sind dem Hauptantrag zugefügt:

- Bogen Angehörige (A) - bitte für jeden Angehörigen, der mit Ihnen in einem Haushalt lebt und eigenes Einkommen erzielt, sowie jeden Mit Antragsteller (insb. Ehegatten/ Lebenspartner) ausfüllen
- Bogen Vermieterbescheinigung (VB)
- Angehörige außerhalb des Haushaltes
- Aufwendungen für Unterkunft und Heizung
- Schweigepflichtentbindung
- Angaben für das im Haushalt befindliche KFZ
- Einwilligung zur Übermittlung des MDK-Gutachtens
- Notwendigkeit der Pflegeheimunterbringung