

	Antragsteller/-in	Vater Ehegatte Lebenspartner/-in	Mutter (Art der Beziehung z. Antragsteller/-in)
	I. 1	I. 2	I. 3
5. Geburtsdatum			
6. Geburtsort/Kreis			
7. Anschrift: Straße, Hausnummer, Ortsteil PLZ, Ort Telefon (freiwillige Angabe)			
8. Ausweispapiere (Art & Nr.) (bitte Kopie beifügen)			
9. Familienstand (led., verh., verw., gesch., getr. leb.) wenn geschieden: Gericht, Datum und Az. des Urteils. Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r
11. Staatsangehörigkeit			
12. bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status			
13. derzeitige Beschäftigung			
14. derzeitiger Arbeitgeber (mit Anschrift)			
15. falls arbeitslos, seit wann ?			
16. bei nicht arbeitslos gemel- deten Nichterwerbstätigen Grund:			
17. Schwerbehindertenausweis gültig bis: Grad der Behinderung: Merkzeichen: Antrag gestellt ?	bzw. Feststellungsbescheid vom Versorgungsamt _____ _____% <input type="checkbox"/> aG RF <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H gl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____% <input type="checkbox"/> G aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI B <input type="checkbox"/> H gl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____% <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H gl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. gesetzlicher Betreuer: Name: Anschrift: PLZ, Ort: bestellt vom Amtsgericht:			

(falls Platz nicht ausreichend, bitte auf gesondertem Blatt fortfahren)

(*1) wenn Kindergeld ja, dann
Empfänger der Kindergeldzahlung:

Einkünfte aufgrund Pflegebedürftigkeit/Angabe der Pflegestufe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Landesblindengeld / Blindenhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ist Einkommen gepfändet oder abgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Angaben zur Bereinigung des Einkommens:

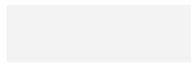
Art der Aufwendung	Antragsteller/-in	Vater Ehegatte Lebenspartner/-in	Mutter
		Art der Bez. z. Antragsteller/-in	Art der Bez. z. Antragsteller/-in
	€	€	€
Aufwendungen für Arbeitsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte Art des Beförderungsmittels <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
einfache Fahrtstrecke /km			
Beiträge zu Berufsverbänden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<u>Beiträge zu Versicherungen:</u>			
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Rentenversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Unfallversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Gebäudeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Haftpflichtversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Hausratversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
sonstige Aufwendungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art: _____			
Art: _____			

Nachweise beifügen!

Besondere finanzielle Belastungen (mit Begründung der Notwendigkeit):

z. B. Schuldverpflichtungen (bitte Kreditinstitut oder sonstige Gläubiger, Höhe des geschuldeten Betrages, mtl. Abtragsleistung, Verwendungszweck angeben):

Antragsteller/-in



freies Wohnrecht usw.)

Die als Anlagen beigefügten Merkblätter

Merkblatt zur Mitwirkungspflicht
Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Sozialhilfebescheide sollen an

übersandt werden.

Die zu gewährenden Sozialhilfeleistungen sollen auf das Konto IBAN:

bei der

-----, BIC: -----, Kontoinhaber/in -----

überwiesen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/in

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in Lebensgefährte

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: info@lkros.de
Kontaktinformationen 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), des Landesblindengeldgesetzes M-V (LBIGG M-V), der Kriegsopferfürsorge (KOF), des Unterhaltssicherungsgesetzes (USG), des Pflegegeldgesetzes M-V (§ 9 LPflegeG M-V) sowie des beruflichen Rehabilitationsgesetzes (BerRehaG)

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

- Art. 6 Abs. 1 lit. c. DS-GVO i.V.m.
 - 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

nein 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.

Beruhet 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.