

Antrag für volljährige Personen auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Name:	Antrag eingegangen: (nur von der Behörde auszufüllen)						
<p><u>Wozu dient dieser Antrag?</u></p> <p>Sie möchten Eingliederungshilfe als Unterstützung beantragen. Eingliederungshilfe ist eine Leistung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Dafür braucht die Kreisverwaltung Donnersbergkreis von Ihnen Informationen und Unterlagen. Bitte füllen Sie dazu diesen Antrag sorgfältig aus. Dabei kann Sie auch jemand unterstützen, z.B. Ihre rechtliche Betreuung, eine Person Ihres Vertrauens oder ein*e Mitarbeiter*in des Sozialdienstes der Eingliederungshilfe der Kreisverwaltung Donnersbergkreis.</p> <p>Achten Sie bitte auf die Erklärungen, die an einigen Stellen in Klammern stehen. Bitte alle nötigen Nachweise in Kopie dem Antrag beifügen. Sollten Sie keine Möglichkeit haben eine Kopie anzufertigen, können Sie auch die Originale mitschicken. Wir werden dann eine Kopie für die Kreisverwaltung anfertigen und das Original an Sie zurückschicken. Die Angaben sind notwendig, damit die Kreisverwaltung über die von Ihnen beantragten Leistungen entscheiden kann. Vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 11 zu unterschreiben. Damit bestätigen Sie, dass alles richtig ist, was Sie geschrieben haben. Haben Sie eine rechtliche Betreuung? Dann muss auch Ihr*e Betreuer*in unterschreiben.</p>							
<p><u>Wichtig!</u></p> <p>Sollte Ihre Beeinträchtigung aufgrund</p> <ul style="list-style-type: none"> - eines Unfalls, - eines Behandlungsfehlers, - eines Impfschadens oder - einer Verletzung durch eine andere Person <p>entstanden sein, ist die Eingliederungshilfe nicht der richtige Ansprechpartner. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an den jeweils zuständigen Träger, eine Übersicht dazu finden Sie u.a. hier:</p> <p>https://lsiv.rlp.de/de/unsere-aufgaben/soziale-entschaedigung https://www.ukrlp.de/home</p>							
<p><u>Beratung durch Ansprechpartner der Kreisverwaltung Donnersbergkreis</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Manuela Betz: 06352/710-341 mbetz@donnersberg.de Ambulante Eingliederungshilfe, Werkstätten, Tagesstätten, Tagesförderstätten A-L Budget für Arbeit, Budget für Ausbildung</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Melissa Hofmann: 06352/710-344 mhofmann@donnersberg.de Ambulante Eingliederungshilfe, Werkstätten, Tagesstätten, Tagesförderstätten M-Z</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>Kathrin Baumgart: 06352/710-339 kbaumgart@donnersberg.de Besondere Wohnformen A-Ha Grundsicherung stationäre Fälle A-Ha</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p>Angelika Breu: 06352-710-346 abreu@donnersberg.de Hilfsmittel</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>Stefanie Bergsträßer: 06352/710-288 sbergstraesser@donnersberg.de Besondere Wohnformen He-Z Grundsicherung stationäre Fälle He-Z</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p>Chelisa Adam: 06352-710-198 chadam@donnersberg.de Grundsicherung ambulant Hilfe zum Lebensunterhalt ambulant</p> </td> </tr> </table>		<p>Manuela Betz: 06352/710-341 mbetz@donnersberg.de Ambulante Eingliederungshilfe, Werkstätten, Tagesstätten, Tagesförderstätten A-L Budget für Arbeit, Budget für Ausbildung</p>	<p>Melissa Hofmann: 06352/710-344 mhofmann@donnersberg.de Ambulante Eingliederungshilfe, Werkstätten, Tagesstätten, Tagesförderstätten M-Z</p>	<p>Kathrin Baumgart: 06352/710-339 kbaumgart@donnersberg.de Besondere Wohnformen A-Ha Grundsicherung stationäre Fälle A-Ha</p>	<p>Angelika Breu: 06352-710-346 abreu@donnersberg.de Hilfsmittel</p>	<p>Stefanie Bergsträßer: 06352/710-288 sbergstraesser@donnersberg.de Besondere Wohnformen He-Z Grundsicherung stationäre Fälle He-Z</p>	<p>Chelisa Adam: 06352-710-198 chadam@donnersberg.de Grundsicherung ambulant Hilfe zum Lebensunterhalt ambulant</p>
<p>Manuela Betz: 06352/710-341 mbetz@donnersberg.de Ambulante Eingliederungshilfe, Werkstätten, Tagesstätten, Tagesförderstätten A-L Budget für Arbeit, Budget für Ausbildung</p>	<p>Melissa Hofmann: 06352/710-344 mhofmann@donnersberg.de Ambulante Eingliederungshilfe, Werkstätten, Tagesstätten, Tagesförderstätten M-Z</p>						
<p>Kathrin Baumgart: 06352/710-339 kbaumgart@donnersberg.de Besondere Wohnformen A-Ha Grundsicherung stationäre Fälle A-Ha</p>	<p>Angelika Breu: 06352-710-346 abreu@donnersberg.de Hilfsmittel</p>						
<p>Stefanie Bergsträßer: 06352/710-288 sbergstraesser@donnersberg.de Besondere Wohnformen He-Z Grundsicherung stationäre Fälle He-Z</p>	<p>Chelisa Adam: 06352-710-198 chadam@donnersberg.de Grundsicherung ambulant Hilfe zum Lebensunterhalt ambulant</p>						
<p><u>Beratung durch Ansprechpartner der EUTB (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung)</u> Finden Sie einen Ansprechpartner in Ihrer Nähe unter www.teilhabeberatung.de</p>							

1	Welche Leistungen werden beantragt ?	Zusätzlich zur Eingliederungshilfe beantrage ich <input type="checkbox"/> Kosten für meinen Lebensunterhalt	
2	Wie heißen Sie?	Nachname: ggf. Geburtsname: Vorname:	
3	Wie sind Sie zu erreichen?	Telefon: Fax: E-Mail:	
4	Kreuzen Sie an, was für Sie richtig ist.	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
5	Wann und wo sind Sie geboren?	Geburtsdatum:	Geburtsort:
6	Kreuzen Sie an, was für Sie richtig ist.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges: seit:	
6a	Ich habe Kinder	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Name, Vorname: Geburtstag: Name, Vorname: Geburtstag: Name, Vorname: Geburtstag: Name, Vorname: Geburtstag:	
7	Wo wohnen Sie?	Straße, Hausnummer: Postleitzahl, Ort:	

<p>8</p>	<p>Wie wohnen Sie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich wohne in einer eigenen Wohnung / in einem eigenen Haus.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wohne mit anderen in einer Wohnung (z. B. Ehegatten, Lebenspartner, Eltern).</p> <p>Nachname: Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine feste Wohnung.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich lebe in einer stationären Einrichtung (z. B. Wohnheim, Pflegeheim, Krankenhaus, Betreuung über Tag und Nacht, Gefängnis, Mutter-Kind-Einrichtung).</p> <p>seit:</p> <p>Wo haben Sie gewohnt, bevor Sie dorthin gezogen sind? Adresse:</p>	
<p>9</p>	<p>Haben Sie eine*n rechtliche*n Betreuer*in oder jemanden eine Vollmacht zur Vertretung gegeben?</p> <p><i>(Bitte schicken Sie bei „Ja“ einen Nachweis wie die Bestellungsurkunde vom Gericht oder die Vollmacht mit.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Nachname:</p> <p>Vorname:</p> <p>Adresse:</p>	<p><input type="checkbox"/> rechtliche Betreuung</p> <p><input type="checkbox"/> Vollmacht</p> <p>Telefon:</p> <p>Fax:</p> <p>E-Mail:</p>
<p>10</p>	<p>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</p> <p><i>(Bitte legen Sie einen Nachweis wie einen gültigen Personalausweis oder Reisepass, Bescheinigung der Ausländerbehörde, Aufenthaltstitel bei.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ich habe die deutsche Staatsangehörigkeit.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine andere Staatsangehörigkeit, nämlich:</p>	
<p>11</p>	<p>Haben Sie eine Schwerbehinderung?</p> <p><i>(*Bitte legen Sie einen Nachweis wie den Schwerbehindertenausweis und den Feststellungsbescheid bei.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja*</p> <p>Grad der Behinderung:</p> <p><input type="checkbox"/> unbefristet befristet bis:</p> <p>Merkzeichen:</p> <p><input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> TBI</p> <p>Ich habe einen Antrag gestellt am:</p>	

17		<input type="checkbox"/> Ich rufe Entlastungsleistungen ab und verwende diese wie folgt: _____
18	Bisherige therapeutische Behandlungen	<input type="checkbox"/> Ich war in den letzten 3 Jahren zur Psychotherapie? <input type="checkbox"/> Ich war in den letzten 3 Jahren stationär in psychiatrischer Behandlung. <input type="checkbox"/> Ich hatte im Anschluss eine psychiatrische Betreuung zu Hause. (z. B. ACT Rockenhausen, APP Rheinhessen) <input type="checkbox"/> Es sind weitere Reha-Träger beteiligt, und zwar _____ (Rentenversicherung, Agentur für Arbeit (Jobcenter), ...)
19	Ihre Bankverbindung	Bank: BIC: IBAN:

Ich bestätige Die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben unter Ziffer 1-19.

Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller*in
Ort, Datum	Unterschrift rechtliche Betreuung/Vollmacht

Hier erfahren Sie, welche Pflichten Sie haben

Angaben von Tatsachen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I)

Die Kreisverwaltung Donnersbergkreis muss prüfen, ob alle Voraussetzungen für eine Unterstützung vorliegen. Dafür müssen Sie alle Tatsachen angeben, die hierfür wichtig sind. Das können z.B. Angaben zu Art, Dauer, Umfang, Folgen der Erkrankungen/Behinderungen und notwendigen Maßnahmen sein.

Wenn die Kreisverwaltung es verlangt, müssen Sie der Erteilung von notwendigen Auskünften durch Dritte zustimmen. Das wird die Kreisverwaltung aber nur verlangen, wenn Sie nicht selber die Auskünfte geben und/oder Unterlagen vorlegen. Die Unterstützung, die Sie beantragen oder erhalten, können Sie ganz oder teilweise nicht bekommen, wenn Sie nicht mitwirken (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Solange Sie Eingliederungshilfe erhalten, müssen Sie Änderungen Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - das sind Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse - sofort und unaufgefordert mitteilen. Das gilt auch für Ihr*e Betreuer*in, wenn diese*r Angaben für Sie macht.

Vorlage von Belegen (§ 60 Abs. 1 Nr. 3 SGB I)

Sie sind verpflichtet, auf Verlangen der Kreisverwaltung entsprechende Beweismittel und Belege vorzulegen, damit Ihr Antrag geprüft werden kann und Ihre gemachten Angaben mit Nachweisen belegt werden. Sollten Sie selbst notwendige Nachweise nicht erbringen können, sollten Sie einer Vorlage zustimmen. Ohne bestimmte Nachweise kann Ihr Antrag nicht abschließend geprüft und bearbeitet werden.

Untersuchungen (§ 62 SGB I)

Die Kreisverwaltung kann das Gesundheitsamt beteiligen, um Ihre Behinderung festzustellen. Das tut sie nur, wenn es unbedingt erforderlich ist. Sie sollten die Untersuchung zulassen, da ansonsten keine Entscheidung über die Hilfe getroffen werden kann.

Folgen fehlender Mitwirkung oder falscher Angaben

Wenn Sie Eingliederungshilfe zu Unrecht erhalten, kann die Kreisverwaltung diese zurückfordern (§§ 45 ff. Sozialgesetzbuch X). Wenn Sie unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann das strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

Hier erklären Sie, dass Sie verstanden haben, welche Pflichten Sie haben

Diesen Antrag auf Eingliederungshilfe nach dem SGB IX bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII und die Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich habe verstanden, welche Pflichten ich habe.

Ich weiß, dass ich zur Mitwirkung in diesem Verfahren verpflichtet bin. Ich weiß, dass ich die beantragte Eingliederungshilfe ganz oder teilweise nicht erhalte, wenn ich nicht mitwirke oder unvollständige oder unwahre Angaben mache.

Wenn ich Eingliederungshilfe zu Unrecht erhalten habe, muss ich diese zurückzahlen. Wenn ich unvollständige oder unwahre Angaben mache, kann das strafrechtlich verfolgt werden.

Solange ich Eingliederungshilfe erhalte, werde ich Änderungen meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sofort und unaufgefordert mitteilen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller*in
Ort, Datum	Unterschrift rechtliche Betreuung/Vollmacht

Erklärung zu den wirtschaftlichen Verhältnissen

Einkommen- und Vermögen

Nachfragende Person:	geb. am:
Anschrift:	

Wichtig: In der Einkommens- und Vermögenserklärung sind auch Angaben zu dem nicht getrennt lebenden Ehegatten, nicht getrennt lebenden Lebenspartner bzw. dem Partner in eheähnlicher Gemeinschaft zu machen.

Ich/Wir verfüge(n) über folgende **Einkünfte** aus dem In- und Ausland:

I. Einkommensverhältnisse

1. Einkünfte

	Bezeichnung	Nummer (Renten-Nr., etc.)	-Netto Betrag in €-
Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit (Lohn, Gehalt, Verdienst)	<input type="checkbox"/> WfbM-Lohn <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Lohn, Gehalt, Verdienst <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Übungsleitergeld, Ehrenamtspauschale, Aufwandsentschädigung)		
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (Steuerbescheide, Gewinn- und Verlustrechnung, Jahresabschluss)	<input type="checkbox"/> Einkünfte a. Gewerbe <input type="checkbox"/> Einkünfte a. freiberuflicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> Einkünfte a. selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> Einkünfte a. Landwirtschaft		
Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Witwenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> EU-Rente <input type="checkbox"/> BU-Rente <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Altersruhegeld <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
Leistungen der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Pensionszahlungen	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> _____		
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz/ SVG	<input type="checkbox"/> Grundrente <input type="checkbox"/> Sonstiges		

Miet-/ Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
Sonstige Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
Sonstiges	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		

Ich/Wir verfügen über folgendes **Vermögen** in dem In- und Ausland:

II. Vermögensverhältnisse

1. Vermögen

	Bei Bank/Institution	IBAN/Nr./Vers.-Nr./...	Stichtag	Wert in Euro
Bargeld				
Konto 1				
Konto 2				
Konto 3				
Tagesgeld				
Sparbuch 1				
Sparbuch 2				
Lebensversicherung				
Kapitalbildende Versicherung				
Bestattungsvorsorgevertrag				
Sterbegeldversicherung				
Für die Bestattung angespartes Vermögen				
Sparvertrag (z.B. Bausparvertrag)				
Festgeld				
Depot				
Aktien/Fonds				
Wertpapiere				
Schließfach				
Sonstiges				

2. Sonstiges Vermögen

	Anzahl/Details/Beschreibung	Stichtag	Wert
Kraftfahrzeug (PKW, LKW, Krad, Wohnwagen, Boot)			
Schmuck			
Antiquitäten			
Münz-/Uhren-/Briefmarkensammlung			
Betriebssachvermögen			
Sonstiges			

3. Grundbesitz

Eigentum Miteigentum Wohnrecht Nießbrauch Sonstiges _____

Einfamilienhaus Eigentumswohnung Grundstück Bauland Sonstiges _____

Grundbuch von	Band	Blatt	Flurstücks Nummer	Grundstücksgröße
Lage	Anschrift	Wohneinheiten	Nutzung	Sonstige

Grundbuch von	Band	Blatt	Flurstücks Nummer	Grundstücksgröße
Lage	Anschrift	Wohneinheiten	Nutzung	Sonstige

4. Sonstiger Grundbesitz

Landwirtschaftliche Flächen Forstwirtschaftliche Flächen Sonstiges _____

Grundbuch von	Band	Blatt	Flurstücks Nummer	Grundstücksgröße

Grundbuch von	Band	Blatt	Flurstücks Nummer	Grundstücksgröße

5. Allgemeines

- Ich habe kein Vermögen veräußert, verschenkt oder übertragen (z.B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- und/ oder Grundbesitz, etc.)
- In den letzten 10 Jahren habe ich folgendes Vermögen
- veräußert verschenkt übertragen (bitte entsprechende Verträge vorlegen)

- Ich habe auf keine dinglich gesicherte Forderung verzichtet (Wohnrecht, Nießbrauch usw.)

Falls ja: Art der Forderung, Empfänger/in, Zeitpunkt, Umfang

- Ich verfüge über kein weiteres Vermögen außer den angegebenen Werten

- Ich verfüge über kein Vermögen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit aller gemachten Angaben. Sie wurden darüber informiert, dass Sie wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden können (§263 StGB – Betrug –) und zu Unrecht erlangte Hilfe ersetzt werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift (Betreuer/Bevollmächtigter)

Unterschrift (nachfragende Person)

Bitte folgende Nachweise in Kopie beifügen:

- Gerichtliche Bestellsurkunde (als gesetzlicher Betreuer)
- Vollmacht (wenn Sie von einer anderen Person vertreten werden)
- Gültiger Personalausweis oder Reisepass
- Schwerbehindertenausweis und Bescheid über die Feststellung der Schwerbehinderung
- Ärztliche Untersuchungsberichte, Gutachten zur Art der Behinderung, Entlassberichte aus stationären Aufenthalten
- Nachweis über Unfall, Behandlungsfehler, Impfschaden oder die Verursachung eines Schadens durch einen Dritten
- Krankenkassenkarte oder Mitgliedsbescheinigung
- MDK-Gutachten und Bescheid der Pflegeversicherung

I. Nachweis der Einkommensverhältnisse

- Einkommensnachweise (Lohn- und Gehaltsabrechnungen, Verdienstbescheinigungen, Steuerbescheide)
- Rentenbescheide aller vorhandener Renten (Altersrente, Witwenrente, Betriebsrente,...)
- Bescheid über die Höhe der Pensionszahlungen
- Schreiben der Krankenversicherung über die Höhe der Krankengeldzahlung
- Verträge zu den Miet-/Pachteinnahmen
- Unterlagen zu vorhandenem Kapitalvermögen
- Unterlagen zu den Unterhaltszahlungen
- Sonstiges

II. Nachweise der Vermögensverhältnisse

- Gesamtengagement-Übersicht aller vorhandener Konten und Anlagen aller Geld-/Kreditinstitute
- Kontoauszüge aller Konten und Anlagen der letzten 6 Monate vor der Heimaufnahme bis dato
- Sparbücher
- Nachweise zu sonstigem Vermögen (Aktien, Schmuck, Gemälde, Münzen ,etc.)
Alle Angaben sind zum aktuellen Tagesdatum durch entsprechende Belege (KFZ-Brief und –Schein, Wertermittlung etc.) zu belegen
- Versicherungspolice zu bestehenden Kapital-/Lebensversicherungen und Nachweis über aktuelle Rückkaufswerte
- Versicherungspolice zu bestehenden Bestattungsvorsorgeverträgen, Sterbegeldversicherungen o.ä. und Nachweis über die aktuellen Rückkaufswerte
- Grundbuchauszug (falls Grundeigentum auch Ackerland, Wald, etc. vorhanden)
- Nachweise zu bestehende Ansprüche aus der Übertragung von Grundbesitz (Wohnrecht, Nießbrauch, Leibrente etc.)
- Übergabeverträge (falls vorhanden)
- Erbverträge (falls vorhanden)
- Nachweise bzgl. der Übertragung von anderen Vermögenswerten (Schenkungen, etc.)
- Nachweise über bestehende Schadensersatzansprüche (falls vorhanden)
- Sonstiges

Schweigepflichtentbindung

Nachfragende Person:	geb. am:
Anschrift:	

Betreuer/Bevollmächtigter:	Tel.:
Anschrift:	Mail:

Entbindung des Sozialamtes von der Schweigepflicht

Ich entbinde die Mitarbeiter/innen des Sozialamtes, **Referat 42 „Eingliederungshilfe“**, der Kreisverwaltung Donnersbergkreis, Uhlandstraße 2, 67292 Kirchheimbolanden gegenüber den unten genannten Einrichtungen /Anstalten / Banken/ Behörden, etc. von der beruflichen Schweigepflicht.

Entbindung einer Einrichtung/Anstalt/Banken/Behörde von der Schweigepflicht

Gleichermaßen entbinde ich die Banken, Kreditinstitute, Versicherungen, Krankenhäuser, Ärzte, Pflegeheime, Pflegedienste, den Pflegestützpunkt, die Kranken- und Pflegekassen und andere Behörden (Verbandsgemeinde, Finanzamt etc.), gegenüber dem oben benannten Referat 42 „Eingliederungshilfe“, von ihrer Schweigepflicht und bitte darum, die gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Insbesondere ermächtige und beauftrage ich hiermit meine Bank/Geldinstitut bzw. die Anstalt unter Befreiung vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem Sozialleistungsträger bzw. der Sozialleistungsbehörde (der Kreisverwaltung Donnersbergkreis, Uhlandstraße 2,67292 Kirchheimbolanden) **weitere Auskünfte, insbesondere über den Kontostand und die Kontobewegungen in den letzten 10 Jahren zu erteilen.** Außerdem ermächtige ich meine Bank/Geldinstitut/Anstalt dazu, Auskünfte über **alle** Konten zu geben, die in den letzten 10 Jahren für mich geführt wurden (insbesondere Festgeldkonten), auch wenn diese nicht im Antrag erwähnt wurden.

Zweck der Schweigepflichtentbindung: Ein Austausch von Informationen zwischen dem Sozialleistungsträger und der jeweiligen Einrichtung/ Anstalt/ Behörde ist für einen reibungslosen Verfahrensablauf notwendig. Ggf. müssen Kontenabfragen bei den Banken erfolgen. Insbesondere muss der Einrichtung u.a. der Bearbeitungs-/ Verfahrensstand, die noch fehlenden aber benötigten Unterlagen und die Entscheidung (Kostenzusage/-ablehnung) über den von Ihnen gestellten Antrag mitgeteilt werden. Weiterhin sind Mitteilungen der Einrichtung über den Gesundheitszustand der nachfragenden Person notwendig. Bei einer Kostenzusage wird der Einrichtung der Bescheid in Abdruck zugesandt. Bei einer Ablehnung wird die Einrichtung schriftlich darüber informiert, dass eine Ablehnung erfolgt ist. Die (Kosten-) Abrechnung erfolgt nach erteilter Kostenzusage zwischen dem Sozialleistungsträger und der Einrichtung.

Die Schweigepflichtentbindung gilt wechselseitig. Sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

 Ort, Datum

 Unterschrift (Betreuer/Bevollmächtigter)

 Unterschrift (nachfragende Person)

Wohin schicken Sie Ihren Antrag?

Bitte senden Sie den Antrag mit der Post an die Kreisverwaltung Donnersbergkreis an folgende Adresse:

Kreisverwaltung Donnersbergkreis
Abteilung Soziales
Uhlandstraße 2
67292 Kirchheimbolanden
Eingliederungshilfe@donnersberg.de

Informationen nach Art. 13, 14 und 21 der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Mit diesen Datenschutzhinweisen werden Sie gemäß der geltenden europäischen Datenschutzgrundverordnung über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie über die Ihnen zustehenden Rechte informiert.

Diese Hinweise werden soweit erforderlich aktualisiert und unter www.donnersberg.de veröffentlicht. Dort finden Sie auch unsere Datenschutzhinweise für den Besuch der Webseite.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

Verantwortlicher	Datenschutzbeauftragter
<p>Kreisverwaltung Donnersbergkreis Uhlandstraße 2 67292 Kirchheimbolanden</p> <p>Telefon: 06352/710 – 0 Fax: 06352/710 - 232</p> <p>E-Mail: kreisverwaltung@donnersberg.de De-Mail: kreisverwaltung@donnersberg.de-mail.de</p>	<p>Ivo-Christian Paul Uhlandstraße 2 67292 Kirchheimbolanden</p> <p>Telefon: 06352/710 - 417 Fax: 06352/710 - 127</p> <p>E-Mail: ipaul@donnersberg.de</p>

2. Welche Quellen und Daten werden genutzt?

Es werden Daten verarbeitet, welche die Kreisverwaltung Donnersbergkreis von Ihnen erhält oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften erhebt.

3. Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Im Nachfolgenden werden Sie über die Zwecke sowie die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung informiert.

- Verarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO)
Sie haben eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten erteilt. Sie können Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies gilt auch für Einwilligungserklärungen, die Sie vor Inkrafttreten der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, erteilt haben. Der Widerruf wirkt nur für zukünftige Verarbeitungen.
- Verarbeitung aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c DSGVO)
Als kommunale Gebietskörperschaft unterliegt die Kreisverwaltung Donnersbergkreis den nachfolgend genannten gesetzlichen Vorschriften, die eine Datenverarbeitung erfordern: SGB IX, SGB XII.

4. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Die personenbezogenen Daten werden gelöscht bzw. gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt oder eine gesetzlich vorgeschriebene Sperrfrist abläuft, es sei denn, Sie haben die Einwilligung zu einer länger andauernden Speicherung erteilt.

5. Wer bekommt Ihre Daten?

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt aufgrund folgender gesetzlicher oder vertraglicher Grundlage: SGB IX und SGB XII an die in den Gesetzen genannten Stellen.

6. Werden Daten in Länder außerhalb der EU oder an internationale Organisationen übermittelt?

Eine Weitergabe Ihrer Daten in Länder außerhalb der EU oder an internationale Organisationen erfolgt nicht.

7. Besteht für Sie eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Die Bereitstellung der Daten ist im Rahmen des behördlichen Antragsverfahrens aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorgeschrieben. Falls Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann die begehrte Leistung versagt oder entzogen werden.

8. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

Grundsätzlich erfolgt keine Entscheidung, die ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten erfolgt.

9. Inwieweit werden Ihre Daten für die Profilbildung genutzt?

Ihre Daten werden nicht zur Profilbildung verwendet, d. h. die automatisierte Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, um bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten, zu analysieren oder vorherzusagen, erfolgt nicht.

10. Welche Datenschutzrechte haben Sie?

Sie haben unter den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Außerdem haben Sie ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO).

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Schutz meiner persönlichen Daten zur Kenntnis genommen habe.

Datum	Unterschrift Antragssteller*in

Datum	Unterschrift rechtliche Betreuung/Vollmacht

Sie möchten von uns Hilfe erhalten. Wir wollen mit Ihnen zusammen sprechen. Damit wir wissen, welche Hilfen Sie sich wünschen schreiben Sie zu den Fragen bitte Ihre Antworten auf.

Wie und wo wollen Sie wohnen?

Wie und wo wohnen Sie jetzt?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was wollen Sie lernen, was wollen Sie arbeiten?

Was tun Sie jetzt?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was wollen Sie in Ihrer Freizeit machen?

Was machen Sie jetzt in Ihrer Freizeit?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was würden Sie gerne mit anderen Menschen machen?

Mit welchen Menschen haben Sie zu tun?

Hier brauche ich Hilfe! Und zwar: _____

Was hilft Ihnen jetzt schon, im Alltag?

Was schränkt Sie im Alltag ein?

Was soll so bleiben wie es ist?

Was möchten Sie ändern?

Was können Sie gar nicht?

Was können Sie selbständig und ohne große Probleme?

Was ist Ihnen in Ihrem Leben noch wichtig?

Was sind Ihre Ziele und Wünsche?

Mit welchen Hilfen können Sie Ihre Wünsche und Ziele erreichen?

Wer hat Sie beim Ausfüllen des Bogens unterstützt?

Name: _____

Vielen Dank!

Name:	geb. am:
Anschrift:	Antrag vom:

Vollmacht

zur Vorlage bei der zuständigen Pflegekasse

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit erteile ich der Sozialabteilung der Kreisverwaltung Donnersbergkreis die Vollmacht zur Einsichtnahme in alle vom Medizinischen Dienst meiner Krankenkasse erstellten Gutachten zwecks Feststellung meiner Pflegestufe nach dem Pflegeversicherungsgesetz und ermächtige die Sozialabteilung zur Beauftragung eines MDK-Gutachtens für mich.

Datum	Unterschrift Antragssteller*in
Datum	Unterschrift rechtliche Betreuung/Vollmacht

Schweigepflichtentbindungserklärung

Im Zusammenhang mit amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchungen in Sozialhilfe-, Landespflegegeld-, Landesblindengeld- und Bundesversorgungsangelegenheiten

Da die Entscheidung über die Leistung von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld/Versorgungsansprüchen nach dem BVG von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein amtsärztliches Gutachten des zuständigen Gesundheitsamtes bzw. Amtes für soziale Angelegenheiten.

Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten; hierzu gehören – soweit – diese im Einzelfalle erforderlich ist – die Diagnose sowie die Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. Behinderung.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass wir das zuständige Gesundheitsamt bzw. Amt für soziale Angelegenheiten beauftragen, Sie amtsärztlich/versorgungsärztlich zu untersuchen und das Gesundheitsamt bzw. Amt für soziale Angelegenheiten uns das aufgrund der amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten zuleitet.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Leistungen von Sozialhilfe/Landespflegegeld/ Landesblindengeld/ Versorgungsansprüchen nach BVG abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und solange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken, wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird.

Name:	geb. am:
Anschrift:	Antrag vom:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kreisverwaltung Donnersbergkreis das zuständige Gesundheitsamt bzw. Amt für soziale Angelegenheiten mit der Durchführung einer amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung beauftragt und dass das Gesundheitsamt/das Amt für soziale Angelegenheiten das aufgrund der amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten der Kreisverwaltung Donnersbergkreis zuleitet.

Darüber hinaus entbinde ich den/die nachfolgend genannten Arzt/Ärzte von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Datum	Unterschrift Antragssteller*in
Datum	Unterschrift rechtliche Betreuung/Vollmacht

Sehr geehrte/r Antragsteller/in,
sehr geehrte Betreuung,

im Sinne der bundesweiten Regelungen für beeinträchtigte Menschen und deren Teilhabe, sollen die beeinträchtigten Menschen -auch bei bestehender Betreuung oder Vollmacht- stets selbst informiert und auf dem Laufenden gehalten werden. Dies beinhaltet auch Behördenpost, wie allgemeinen Schriftverkehr, Kostenzusagen, Gesamtpläne, etc.

Aufgrund bestehender Beeinträchtigungen sind jedoch viele Leistungsempfänger nicht in der Lage diese Schreiben zu verstehen und können nichts damit anfangen.

Im Sinne unserer Umwelt und im Zuge von ressourcenschonendem Arbeiten, bitten wir daher um Rückmeldung mittels Angabe an wen wir unseren Schriftverkehr richten sollen. Bitte äußern Sie **beide** Ihre Wünsche **mittels Markierung und Unterschrift** an den entsprechenden Stellen:

Bitte senden Sie sämtlichen Schriftverkehr **ausschließlich** an meine gesetzliche Betreuung, bzw. den Vollmachtinhaber.

Bitte senden Sie sämtlichen Schriftverkehr an meine gesetzliche Betreuung, bzw. den Vollmachtinhaber **und** an mich selbst.

Name, Vorname:

Ort, Datum:

Unterschrift Leistungsempfänger:

Unterschrift Betreuung/bevollmächtigte Person:

Der Leistungsempfänger ist -behinderungsbedingt- nicht in der Lage die Frage des Postversands zu verstehen und für sich zu entscheiden. Daher treffe ich die Entscheidung stellvertretend für meine/n Betreuten.

Erklärung zum Umgang mit den personenbezogenen Daten im Rahmen des Gesamt-
Teilhabeplanverfahrens

- Für die Durchführung des Gesamtplan-Teilhabeplanverfahrens sind unter Berücksichtigung der Interessen des oben genannten Leistungsberechtigten, möglicherweise Rehabilitationsträger, und andere öffentliche Stellen zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes und Erstellung eines Gesamt- /Teilhabeplanes in geeigneter Art und Weise einzubeziehen. **Ich bitte um Beteiligung der entsprechenden Rehabilitationsträger und stimme der dafür notwendigen Datenübermittlung und dem erforderlichen Datenaustausch zu.** Rehabilitationsträger können sein: die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe.
- Im Rahmen des individuellen Gesamtplanverfahrens können **weitere Leistungsträger** beteiligt werden. Dies könnte die Pflegekasse, der Träger der Hilfe zur Pflege sowie der Träger der Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung oder das Jobcenter sein. **Mit der Beteiligung dieser Träger erkläre ich mich einverstanden.**
- Ich bin damit einverstanden, dass nach Bedarf eine Teilhabe-Gesamtplankonferenz einberufen wird.
- Sollte eine solche Konferenz einberufen werden nehme ich hieran teil

Ich möchte Herrn/Frau

Straße PLZ/Ort

als Person meines Vertrauens zur Konferenz mitnehmen.

Herr/Frau

Straße/PLZ/Ort

soll als Person meines Vertrauens für mich an der Konferenz teilnehmen und dort meine Anliegen vertreten. Ich selbst möchte nicht teilnehmen.

- Ich willige ein, dass die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, der Gesamt- oder Teilhabeplan an die Einrichtung oder den Dienst weiter gegeben wird, der die Leistung erbringt oder erbringen wird und im Bedarfsfall mit den beteiligten Bildungseinrichtungen ein Austausch erfolgen darf.

Datum/Ort: _____