

Um zeitnah über die Weiterbewilligung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen die nachfolgenden Informationen bzw. Unterlagen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters zwingend notwendig. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit der Weiterbewilligung erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ein besonderer Hinweis auf die Datenschutz-Grundverordnung ist dem Antrag beigefügt.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I).

Daneben ist der Sozialhilfeträger berechtigt, im Rahmen eines Kontoabrufersuchens nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung, bestimmte Kontendaten beim Bundesamt für Finanzen zu erfragen.

| 1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen | 1. Person | | 2. Person | |
|---|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| Antragsteller(in) 1 | | | <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft | |
| Familienname, auch Geburtsname, Vorname | | | | |
| Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort | | | | |
| Telefon | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Familienstand | seit | | seit | |
| Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? (Stellung im Haushalt) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status | | | | |
| Rentenversicherungs-Nr. | | | | |
| Steuer ID | | | | |
| Betreuer/in (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen) | | | | |
| Anschrift Straße, Haus - Nr. PLZ, Ort (freiwillig: Telefon) | | | | |
| Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil | | | | |
| Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen) | gültig bis | Merkzeichen (G, aG?) | gültig bis | Merkzeichen (G, aG?) |
| | Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

| | | |
|--|--|---|
| Wenn Sie in einer Stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)? | Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung | Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| Es wurden bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem? |
|--|--|--|

Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII; § 115 und 116 SGB X)

Haben Sie einen Antrag beim Bezirk Unterfranken als überörtlicher Sozialhilfeträger auf Leistungen der Eingliederungshilfe (wie z.B. Behindertenfahrdienst oder Hilfe zu einer angemessenen Tätigkeit, für betreutes Wohnen) oder Leistungen der Hilfe zur Pflege (wie z.B. häusliche Pflegehilfe, Pflegehilfsmittel, mtl. Entlastungsbetrag) gestellt oder beziehen aktuell derartige Leistungen?

Nein

Ja, für folgende Leistung:

| | | |
|--|------------------|------------------|
| | 1. Person | 2. Person |
|--|------------------|------------------|

2. Unterhalt

| | | |
|---|--|--|
| | | nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist |
| Verfügt eines Ihrer Kinder/verfügen Ihre Eltern/Elternteil (einzelnen) vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adressen an) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adressen an) |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| Familienname, Vorname Beruf | | |
|--------------------------------|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| Anschrift Straße, Haus -Nr., PLZ, Ort (freiwillig: Telefon) | | |
|--|--|--|

| | | |
|--------------|--|--|
| Geburtsdatum | | |
|--------------|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattin oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/ Partnerin: | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: |
|--|--|---|

3. Kranken-/Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen!)

| | | |
|---|--|--|
| Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens | | |
| Bei privater Versicherung geben Sie bitte den Leistungsumfang an: | | |
| Höhe des mtl. Beitrags | | |

4. Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer Einrichtung leben -

4.1 Miete (Bitte Nachweis beifügen!)

| | | | |
|---|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zahl der Personen in der Wohnung: | Person(en) | Wohnfläche: | Quadratmeter |
| Gesamtkosten der Unterkunft: | | EUR | |
| davon | Kaltmiete | EUR | |
| | Nebenkosten | EUR | |
| | Heizkosten | EUR | |
| Einnahmen aus Untervermietung | | EUR | |
| Sind in den angegebenen Beträgen | | | |
| - Kosten für Kochfeuer enthalten? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

4.2 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen vorzulegen.

5. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

| Kein Vermögen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Art des Vermögens | Vermögenswert lt. Beleg | Vermögenswert lt. Schätzung | Vermögenswert lt. Beleg | Vermögenswert lt. Schätzung |
| Bargeld | | | | |
| Bank-/Sparguthaben (einschl. Vermögenswirksame Leistungen) | | | | |
| Wertpapiere | | | | |
| Forderungen | | | | |
| Lebensversicherungen (Rückkaufwert) | | | | |
| Hauseigentum | | | | |
| Sonstiger Grundbesitz | | | | |
| Kraftfahrzeug(e) | | | | |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge | | | | |
| Ansprüche aus Übertragsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | | | | |
| Sonstiges Vermögen | | | | |

6. Einkommen (Bitte Einkommensnachweise für 12 Monate beifügen!)

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nichtselbständige Tätigkeit ¹ | | |
| Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss) | | |
| Gewerbebetrieb | | |
| Land- und Forstwirtschaft | | |
| Sonstige selbständige Tätigkeit | | |
| Vermietung und Verpachtung | | |
| Wohngeld/Lastenzuschuss | | |
| Renten/Pensionen ² | | |
| Wurden zu einer Rente von Ihnen bzw. Arbeitgeber/n freiwillige Beiträge entrichtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (falls ja, Nachweise beifügen) | | |
| Sozialhilfeleistungen | | |
| Grundsicherungsleistungen | | |
| Asylbewerberleistungen | | |
| Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz | | |
| Leistungen des Arbeitsamtes ³ | | |
| Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld oder -zuschlag, Erziehungsgeld) | | |
| Ausbildungsförderung | | |
| Unterhalt | | |
| Privatrechtliche geldwerte Ansprüche ⁴ | | |
| Steuererstattung | | |
| Kapitalerträge (z. B. Zinsen) | | |
| Sonstige Einkünfte | | |

¹ (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)

² (z. B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente, Kindererziehungsleistung, sonstige Renten/Pensionen)

³ (z. B. Arbeitslosengeld I oder II, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe, Arbeitsförderungsgeld u. a.)

⁴ (z. B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)

Antrag auf Grundsicherungsleistungen - Seite 4 -

| | |
|------------------|------------------|
| 1. Person | 2. Person |
|------------------|------------------|

7. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beiträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 6 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

| Ausgaben | Mtl. Betrag | Mtl. Betrag | Mtl. Betrag |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Einkommensteuer | | | |
| Krankenversicherung | | | |
| Pflegeversicherung | | | |
| Arbeitslosenversicherung | | | |
| Rentenversicherung | | | |
| Unfallversicherung | | | |
| Altersvorsorgebeiträge | | | |
| Freiwillige Beiträge in die Rentenversicherung | | | |
| Hausratversicherung | | | |
| Sterbeversicherung | | | |
| Lebensversicherung | | | |
| Haftpflichtversicherung | | | |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | | | |
| Beiträge für Berufsverbände | | | |
| Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung | | | |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle | km | | km |
| Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit - öffentlichen Verkehrsmitteln | | | |
| - PKW | | | |
| - Kleinst-PKW (bis 500 ccm) | | | |
| - Motorrad | | | |
| - Mofa | | | |
| Sonstiges, näher begründen | | | |

8. Vermögensübertragungen

| | | | |
|--|---|---|--|
| Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein | |
| | <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde | <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde | |

9. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

| | | | |
|------|-----|----------------------------------|------------------------------------|
| IBAN | BIC | Name und Sitz des Geldinstitutes | Name und Vorname des Kontoinhabers |
| | | | |

Erklärung

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und über die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich das Hinweisblatt zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten habe.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Bescheiden nach dem vierten Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).

Hinweis: Vorlage von Kontoauszügen

Wenn Sie als Nachweise Kontoauszüge vorlegen, dürfen Sie bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung (nicht aber deren Höhe/Betrag) schwärzen, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten (§ 67 Abs. 12 SGB X) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugung, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben.

| | | | | | |
|-------|-----------|--------------|-------|-----------|--------------|
| Datum | 1. Person | Unterschrift | Datum | 2. Person | Unterschrift |
| | | | | | |

Hinweise zur Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Informationspflichten bei einer Erhebung von Daten bei der betroffenen Person

- Art. 13 DSGVO –

| | |
|--|--|
| 1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit | Antrag auf Sozialleistungen |
| 2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen | Verantwortlich für die Datenerhebung ist das Landratsamt Schweinfurt, Postfach 1450, 97404 Schweinfurt; Email: info@lrasw.de ; Telefon: 09721-55-0 |
| 3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten | Datenschutzbeauftragter beim Landratsamt Schweinfurt, Postfach 1404, 97404 Schweinfurt; Email: datenschutzbeauftragter@lrasw.de ; Telefon: 09721-55-618 |
| 4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung | <i>Ihre Daten werden nach den §§ 60 ff SGB I erhoben, um den Anspruch auf folgende Sozialleistung zu prüfen:</i> <ul style="list-style-type: none">• Grundsicherung im Alter und bei dauerhaften vollen Erwerbsminderung (§ 44 SGB XII)• weitere Sozialleistungen nach dem § 8 SGB XII• Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 9, 11 AsylbLG) |
| | <i>Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:</i> <i>Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c DSGVO in Verbindung mit §§ 67a und 67b SGB X verarbeitet.</i> |
| 5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten | <i>Ihre personenbezogenen Daten können weitergegeben werden an:</i> <ul style="list-style-type: none">- Staatliches Gesundheitsamt und Schulumt, Amt für Jugend und Familie, Amt für Kommunales und Ordnungsaufgaben, Wohngeldstelle- Jobcenter, Bezirk Unterfranken, Regierung von Unterfranken, Sozial- oder Verwaltungsgerichte bzw. Amtsgericht- Bundeszentralamt für Steuern nach § 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1b AO, <i>um die gesetzmäßige Leistungsgewährung sicher zu stellen.</i> |
| 6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland | Es ist nicht geplant, Ihre personenbezogenen Daten an Drittländer (Länder außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums) zu übermitteln. |
| 7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten | <i>Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Amt für Soziales am Landratsamt Schweinfurt so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß (§ 84 Abs. 2 SGB X) für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist.</i> |
| 8. Betroffenenrechte | Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu: <ul style="list-style-type: none">• Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).• Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).• 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).• Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die |

| | |
|--|---|
| | <p>Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. • Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz. |
| 9. Widerrufsrecht bei Einwilligung | <p>Wenn Sie in die Verarbeitung durch das Landratsamt Schweinfurt durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.</p> |
| 10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten | <p><i>Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus § 60 und § 66 SGB I.</i></p> <p><i>Das Amt für Soziales benötigt Ihre Daten, um Ihren Antrag auf die Gewährung einer Sozialleistung zu bearbeiten.</i></p> <p><i>Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben,- kann Ihr Antrag auf eine Sozialleistung nicht bearbeitet werden (§ 66 SGB I).</i></p> |
| 11. Informationspflicht für den Fall einer späteren Zweckänderung | <p><i>Das Landratsamt Schweinfurt – Amt für Soziales - hat personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, um den Anspruch auf die beantragte Sozialleistung zu prüfen. Eine spätere Zweckänderung ist regelmäßig nicht vorgesehen.</i></p> |