



Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe nach dem SGB XII		Eingangsstempel
		Aktenzeichen
Gewünschte Hilfe:	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege in einer Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten in Einrichtungen <input type="checkbox"/> sonstiges:	
in der Einrichtung oder Wohnform:		
ab wann:		
Begründung: (ggf. gesondertes Blatt verwenden)		
Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen . Nichtzutreffende Felder sind deutlich zu streichen bzw. mit „Nein“ zu beantworten . Die Richtigkeit aller Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.		

1. Persönliche Verhältnisse		Antragsteller(in)	
1	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
2	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)		
3	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Angabe	
4	Geburtsdatum und Geburtsort/Kreis		
5	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> verwitwet	
6	Ich bin Ausländer (Wenn Ja, bitte Nachweise zum ausländerrechtlichen Status beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Staatsangehörigkeit: Aufenthaltsstatus: Asylberechtigte(r): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein anerkannter Flüchtling nach Genfer Konvention: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7	Wohnanschrift: Straße, Nr. PLZ, Ort		
8	Telefonnummer (freiwillig; für Rückfragen)		
9	gesetzliche Betreuung Vorname und Name Betreuer(in): Straße, Nr., PLZ, Ort: Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen!	
10	Rentenversicherungsnummer		

11	Art der Beschäftigung und letzter Arbeitgeber				
12	Schulabschluss und erlernter Beruf				
13	Ich bin Schüler(in), Auszubildende(r) oder Student(in)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
14	Ich habe in den vergangenen 12 Monaten Leistungen der Jugendhilfe bezogen (z. B. Hilfe zur Erziehung)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar dieser Art <div style="text-align: right;">vom Jugendamt in:</div>			
15	Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft	Schwerbehindertenausweis ist vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
		ist derzeit beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
		wird noch beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
		(bitte beidseitige Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!)			
		anerkannter Grad der Behinderung (GdB):			
		anerkannte Merkzeichen:			
		<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> H
		<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> TBI

2. Familienverhältnisse Antragsteller(in) (weitere Kinder bitte auf extra Blatt)

	Vater	Mutter	Ehegatte/ Lebenspartner (auch geschiedene)	Kind 1	Kind 2
16	Name				
17	Vorname				
18	Geburtsdatum				
19	ggf. Sterbedatum				
20	Familienstand				
21	letzte bekannte Anschrift Straße, Nr. PLZ, Ort				
22	Verfügt einer dieser Familienangehörigen vermutlich über ein erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR Gesamteinkommen brutto jährlich)?				
	Vater	Mutter		Kind 1	Kind 2
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

3. Aufenthaltsverhältnisse

Antragsteller(in)

	von	bis	Straße, PLZ, Ort
23	Aufenthalte in den letzten 2 Monaten vor der Heimaufnahme bzw. dieser Antragstellung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflege- und Kinderheimaufenthalte, o. Ä.)		
24	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertritts		

4. Häusliche Verhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin

Folgende Personen leben mit mir in Haushaltsgemeinschaft (z. B. Ehegatte, Lebenspartner(in), Lebensgefährte/in, Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte).

25	In meinem Haushalt lebt:	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte	Person 1 <input type="checkbox"/> siehe Kind 1 <input type="checkbox"/> folgende Person:	Person 2 <input type="checkbox"/> siehe Kind 2 <input type="checkbox"/> folgende Person:	<input type="checkbox"/> Person 3
26	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)				
27	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)				
28	Geburtsdatum				
29	Geburtsort/Kreis				
30	Verwandtschaftsverhältnis				
31	Familienstand				

5. Vorrangige Ansprüche

Aufgrund des Nachranges der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) ist zu prüfen, ob für Sie vorrangige Ansprüche gegen einen Schädiger oder nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bestehen.

Dem Grunde nach anspruchsberechtigt nach dem BVG sind Kriegsbeschädigte und deren Hinterbliebene sowie behinderte Familienmitglieder des Beschädigten. Dies gilt auch für Beschädigte im Sinne der Gesetze, die die entsprechende Anwendung der Leistungsvorschriften des BVG vorsehen (sog. Nebengesetze). Dazu zählen u. a. Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Wehrdienstbeschädigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Impfgeschädigte nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG - früher Bundesseuchengesetz).

32	Sofern bei Ihnen eine Behinderung vorliegt, was ist die Ursache Ihrer Behinderung? Ist die Behinderung auf einen Unfall oder eine andere schadenersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?	
	<input type="checkbox"/> Nein, die Behinderung ist ohne Fremdeinwirkung eingetreten (z. B. durch eine Erkrankung) <input type="checkbox"/> Ja, die Behinderung ist eingetreten durch: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> tätlichen Angriff (Gewaltverbrechen) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Arzt- oder Hebammenfehler <input type="checkbox"/> sonstiges: </div>	
	Auf Grund der Schädigung wurden	<input type="checkbox"/> Schadenersatzansprüche geltend gemacht gegen <input type="checkbox"/> Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft/dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht: <input type="checkbox"/> keine Ansprüche geltend gemacht
33	Sind Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen als Kriegsoffer im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes anerkannt?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Oder wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Erhalten Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen Versorgungsleistungen nach einem der folgenden Entschädigungsgesetze oder wurden solche Leistungen beantragt? Wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt?	
	<input type="radio"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Zivildienstgesetz (ZDG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="radio"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) bzw. Bundesseuchengesetz (BSeuchG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Bundesentschädigungsgesetz (BEG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Berufliches Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="radio"/> Weitere Entschädigungsgesetze, auch ausländische (bitte Gesetze bzw. Rechtsgrundlage angeben)		
Welche Person ist Kriegsoffer bzw. Empfänger dieser Versorgungsleistungen?		
Name, Vorname:		Geburtstag:
Verwandtschaftsverhältnis:		
Anschrift: Straße, Nr.		PLZ, Ort
Welche Stelle gewährt diese Leistungen bzw. bei welcher Stelle wurde der Antrag gestellt? Von welcher Stelle wurde der Antrag auf Anerkennung abgelehnt? Bitte geben Sie die volle Anschrift und das Aktenzeichen an und fügen Sie eine Kopie des entsprechenden Bescheides bei.		
sonstiges/weitere Mitteilungen:		

9. Monatliches Einkommen des Antragstellers/der Antragstellerin und der unter 4. genannten Personen im Haushalt (Ehegatten/Lebenspartner/Lebensgefährte übrige Personen im Haushalt) in EURO

Es sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen. Die Höhe der Einnahmen ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge usw. in Kopie. Es ist der Monatsbetrag anzugeben.

	Einkommensart	Antragsteller	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte	Person 1	Person 2	Person 3
47	nichtselbstständige Tätigkeit, Werkstattlohn					
48	selbstständige Tätigkeit					
49	Vermietung/Verpachtung					
50	Berufsausbildungsbeihilfe, BAföG					
51	Leistungen der Krankenkasse (Krankengeld, Mutterschaftsgeld usw.)					
52	Wohngeld/Lastenzuschuss					
53	Leistungen nach dem SGB II (ALG-II, Sozialgeld, usw.)					
54	Leistungen der Agentur für Arbeit (Arbeitslosengeld, usw.)					
55	Kindergeld					
56	Bundeselterngeld/Landeserziehungsgeld					
57	Betreuungsgeld					
58	Übergangsgeld					
59	Erwerbsminderungsrente					
60	Berufsunfähigkeitsrente					
61	Erziehungsrente					
62	Altersrente					
63	Witwen-/Witwerrente					
64	Halbwaisenrente/Waisenrente					
65	Betriebsrente					
66	Unfallrente/Verletztengeld der Unfallversicherung					
67	Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz					
68	Unterhalt					
69	Kapitalerträge, Zinsen					
70	Beihilfen, Pensionen					
71	Sonstiges					
72	einmalige Einkünfte der letzten 12 Monate					
73	kein Einkommen Der Lebensunterhalt wird bestritten durch:	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> kein Einkommen

10. Zeiten des Aufenthalts im Ausland (außer Urlaubsfahrten) und/oder der Erwerbstätigkeit im Ausland

	Antragsteller	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte	Person 1	Person 2	Person 3
74					
75	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:

11. Vom Einkommen abzusetzende monatliche Beträge in EURO

	Art der Aufwendung	Antragsteller	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte	Person 1	Person 2	Person 3
76	Arbeitsmittel					
77	Fahrtkosten z. Arbeitsort					
78	Entfernung Wohnung/ Arbeitsort in km					
79	Beiträge Berufsverband					
80	Hausratversicherung					
81	Haftpflichtversicherung					
82	Altersvorsorgebeiträge (sog. „Riester-Rente“)					
83	Freiwillige gesetzliche / private Krankenversicherung					
84	Angaben zur Prüfung eines Freibetrages wegen Grundrentenzeiten	Falls Sie eine Rente beziehen: Haben Sie oder die Personen in Ihrer Haushaltsgemeinschaft mindestens 33 Versicherungsjahre in der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht?				
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Falls Sie oder die Personen in Ihrer Haushaltsgemeinschaft eine Hinterbliebenenrente beziehen: Hatte der Verstorbene mindestens 33 Versicherungsjahre in der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht?				
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Haben Sie oder die Personen in Ihrer Haushaltsgemeinschaft Versicherungszeiten in anderen Alterssiche- rungssystemen zurückgelegt (z. B. Alterssicherung der Landwirte, berufsständische Versorgung o. ä.)?				
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Falls Sie oder die Personen in Ihrer Haushaltsgemeinschaft eine Hinterbliebenenrente beziehen: Hatte der Verstorbene Versicherungszeiten in anderen Alterssicherungssystemen zurückgelegt?				
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
85	Angaben zur Prüfung eines Freibetrages wegen freiwilli- ger Altersvorsorge	Falls Sie oder die Personen in Ihrer Haushaltsgemeinschaft eine Rente beziehen: Wurden in der Vergan- genheit freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?				
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

12. Vermögen d. Antragsteller(in), des Ehegatten/Lebenspartners/Lebensgefährten und der Personen im Haushalt

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte mit einer gewissen Wertigkeit. Alle Angaben sind mit aktuellen Nachweisen zu belegen. Die Kontoauszüge sind lückenlos über den Zeitraum der letzten sechs Monate vorzulegen. Bei allen (kapitalbildenden) Versicherungen ist der aktuelle Rückkaufswert anzugeben sowie eine Kopie des Versicherungsscheins vorzulegen.

	Art des Vermögens	Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte	Person 1	Person 2	Person 3
86	Bargeld					
87	Girokonten					
88	Sparguthaben					
89	Bausparguthaben					
90	Wertpapiere, Aktien, Geschäftsanteile					
91	Lebensversicherungen					
92	Sterbegeld- versicherungen					
93	private Rentenversicherungen					
94	Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr					
95	Bestattungsvorsorge- verträge					
96	Hausgrundstück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	sonstiger Grundbesitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
97	Erbsprüche					

98	Kraftfahrzeuge Baujahr Typ Kilometerstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein km	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein km	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein km	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein km	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein km
99	Wohnrecht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
100	Betriebsvermögen					
101	Auslandsvermögen					
102	sonstiges Vermögen	Art: EUR	Art: EUR	Art: EUR	Art: EUR	Art: EUR
Wurden von den vorgenannten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z. B. Bargeld, Grundstücke)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar wie folgt: Name, Vorname des Schenkers: Name, Vorname und Anschrift des Beschenkten: Zeitpunkt, Anlass, Art und Weise des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben):						

13. Bankverbindung		An Antragsteller(in) zu zahlende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:
104	IBAN	
105	BIC	
106	Name der Bank	
107	Name des Kontoinhabers	Muss mit dem Namen bei der Bank übereinstimmen!

14. Schlusserklärungen und Hinweise	
14.1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Die Angaben zum Einkommen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.	
14.2. Mitwirkungspflichten Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Kommunalen Sozialverband Sachsen anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.	
14.3. Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 und 14 DSGVO Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Daten teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII). Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie dem beigegeführten Informationsblatt entnehmen.	
14.4. Geltendmachung von Ansprüchen Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Kommunalen Sozialverband Sachsen unverzüglich informieren.	
14.5. Unterschrift Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.	
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bei Verarbeitung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des Verfahrens nach den Sozialgesetzbüchern und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 2
Humboldtstraße 18
04105 Leipzig

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Humboldtstr. 18
04105 Leipzig
Telefon: 0341 1266 0
E-Mail: datenschutzbeauftragter@ksv-sachsen.de

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – (SGB XII) bzw. Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) und deren bedarfsgerechte Weitergewährung entscheiden zu können; § 67a Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – (SGB X).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

- Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren nach dem SGB XII, SGB IX gespeichert und im Rahmen der Antragsbearbeitung und deren bedarfsgerechten Weitergewährung an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an Gutachter, vorrangige Sozialleistungsträger, Pflege- und Krankenkasse, Leistungserbringer, Gerichte, Unterhaltspflichtige und das Sächsische Melderegister übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs. 1 SGB X).
- Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB XII und SGB IX über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§ 69 Abs. 1, § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist, können ergänzend medizinische Auskünfte und Unterlagen entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten sowie Auskünfte von vorrangigen Sozialleistungsträgern, Pflege- und Krankenkassen, Leistungserbringern sowie Unterhaltspflichtigen eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigegeben werden.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Verarbeitung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB XII und SGB IX erforderlich ist (VwV Aktenführung). Nach diesem Zeitpunkt erfolgt automatisch, ohne weitere Veranlassung von Ihnen, die Löschung der Daten.

8. Betroffenenrechte

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 und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Wenn Sie von Ihren Rechten gegenüber der datenverarbeitenden Stelle Gebrauch machen wollen, wenden Sie sich bitte an den behördlichen Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen mit einer entsprechenden Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der folgenden datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde nach Art. 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden

Telefon: 0351 85471 101
Telefax: 0351 85471 109
E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de

11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch – (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, bzw. können diese nicht anderweitig erlangt werden, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Sie sind gemäß § 9, § 60 bis § 62 SGB I und § 1, § 117 bis § 119 SGB XII an der Mitwirkung verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung können Leistungen ganz oder teilweise abgelehnt werden (§ 66 SGB I).

12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.