

Kommunaler Sozialverband Sachsen
 Außenstelle Chemnitz
 Fachbereich 4 - Soziales Entschädigungsrecht
 Reichsstraße 3
 09112 Chemnitz

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Antrag nach dem ZDG – Witwe/Witwer/Lebenspartner

Gesetz über den Zivildienst der Kriegsdienstverweigerer (Zivildienstgesetz - ZDG)

Wer Sozialleistungen beantragt, muss gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Erster Teil - alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben. Wir bitten Sie daher, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten (Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen) und den Antrag an die oben genannte Behörde zu senden. Sollten Sie einen Bevollmächtigten, bspw. einen Rechtsanwalt, mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt haben bzw. noch beauftragen, bitten wir diesen von der Antragstellung zu unterrichten.

Ihre Angaben sind aufgrund der Vorschriften der §§ 47 ff. ZDG für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Dem Antragsformular liegt eine Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung und ein Informationsblatt zum Datenschutz bei.

1. Personalien des/der Verstorbenen

Zu- und Vorname		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Todestag (Sterbeurkunde beifügen)	Staatsangehörigkeit		
		<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/>	
Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)				

2. Personalien der Witwe oder des Witwers/Lebenspartners

Unter bestimmten Voraussetzungen hat auch die Partnerin/der Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft Anspruch.

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		
		<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/>	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)		Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe)		
Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie durch Krankheit oder eine körperliche, seelische oder geistige Behinderung nicht nur vorübergehend (länger als 6 Monate) wenigstens die Hälfte Ihrer Erwerbsfähigkeit verloren?				
<input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen) seit		<input type="checkbox"/> Nein		
Tag und Ort der Eheschließung/der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit der/dem Verstorbenen (Amtliche Urkunde beifügen.)				
Wurde die Ehe/Lebenspartnerschaft mit der/dem Verstorbenen vor dessen Tod geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?				
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)		<input type="checkbox"/> Nein		
Haben Sie nach dem Tode der/des unter Nr. 1 genannten Verstorbenen erneut eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?				
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)		<input type="checkbox"/> Nein		
Wurde diese neue Ehe/Lebenspartnerschaft geschieden, aufgehoben, durch Tod des Ehegatten/Lebenspartners aufgelöst oder für nichtig erklärt?				
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)		<input type="checkbox"/> Nein		
Haben Sie nach dem Ende der neuen Ehe/Lebenspartnerschaft nochmals eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?				
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)		<input type="checkbox"/> Nein		

Hinterbliebener Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft		
Leben Sie mit dem/der Verstorbenen in einer eheähnlichen Gemeinschaft?		
<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> Nein	
Betreuen Sie unter Verzicht auf eine Erwerbstätigkeit ein gemeinschaftliches Kind in dessen ersten drei Lebensjahren?		
<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> Nein	Name/Geburtsdatum des Kindes (Geburtsurkunde beifügen)

3. Zugehörigkeit des/der Verstorbenen zur Zivildienststelle

Zivildienst-Nummer:		
Der/Die Verstorbene hat Zivildienst geleistet		
VON-BIS (einschließlich Entlassungstag)	Dienststelle / Bundesland	Funktion

4. Schädigendes Ereignis

4.1. Wann und wo hat das schädigende Ereignis stattgefunden?			
Datum, Uhrzeit und Einsatzort			
4.2. Das schädigende Ereignis hat sich zugetragen			
<input type="checkbox"/> während der Ausübung des Zivildienstes.	<input type="checkbox"/> in der dienstfreien Zeit.	<input type="checkbox"/> während eines mit dem Zivildienst zusammenhängenden Weges von/zur Dienststelle.	<input type="checkbox"/> während einer Fahrt von/zur Familienwohnung.
Anschrift im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
4.3. Wie hat sich das schädigende Ereignis zugetragen? Wie wurde die Schädigung oder der Tod herbeigeführt?			
Bitte möglichst genaue und eingehende Schilderung, ggf. auf gesondertem Blatt			
4.4. Ist die Schädigung auf einen Unfall durch Dritte oder einen tätlichen Angriff zurück zu führen?			<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> verursacht durch			<input type="checkbox"/> Nein
Name und Anschrift des Schadensverursachers <u>und</u> ggf. dessen Haftpflichtversicherers			
<input type="checkbox"/> Verursacher unbekannt			
4.5. Wurde der Unfall/tätliche Angriff polizeilich aufgenommen?			
<input type="checkbox"/> Ja, bei			<input type="checkbox"/> Nein
Aktenzeichen/Tagebuchnummer			
4.6. Welche Zeugen einschließlich deren Anschriften können Sie benennen?			
4.7. Wurde Strafanzeige gegen den Schadensverursacher erstattet?			
<input type="checkbox"/> Ja, am bei		<input type="checkbox"/> Nein, weil	
4.8. Ist im Zusammenhang mit dem Schaden ein straf- und/oder zivilgerichtliches Verfahren durchgeführt worden oder noch anhängig? (siehe hier auch Nr.12)			
<input type="checkbox"/> Ja, bei		<input type="checkbox"/> Nein	
Aktenzeichen:		Haben Sie oder der/die Verstorbene sich bereits außergerichtlich mit dem Schadensverursacher geeinigt?	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.9. Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Interessenwahrnehmung gegenüber dem Schadensverursacher beauftragt?			
Name, Anschrift, Aktenzeichen			

4.10. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen Ansprüche gegen eine eigene private Versicherung?
 Ja, gegen

 Nein

Aktenzeichen:

 Sind derartige Ansprüche bereits geltend gemacht worden? Ja Nein

 Wurden von dieser Versicherung bereits Leistungen bezogen? Ja Nein

am in Höhe von€

5. Körperschäden/Gesundheitsstörungen/Todesursache im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis

Beschreibung des ursächlichen Zusammenhangs mit dem schädigenden Ereignis und Auswirkungen im täglichen Leben der/des Verstorbenen

6. Berufstätigkeit des/der Verstorbenen

vor dem schädigenden Ereignis		nach dem schädigenden Ereignis	
Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten	Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten

Wirkten sich die Gesundheitsstörungen auf die Berufstätigkeit der/des Verstorbenen aus?

 Ja und zwar folgendermaßen und in folgenden Zeiträumen:
 Nein
7. Körperschäden/Gesundheitsstörungen des/der Verstorbenen, die v o r der Schädigung vorgelegen haben

Körperschäden/Gesundheitsstörungen	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

8. Ärztliche Behandlungen des/der Verstorbenen n a c h der Schädigung (ambulant/stationär)

Behandlungsursache (Gesundheitsstörung/Krankheit)	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

9. Krankenversicherung der/des Verstorbenen

Anschrift der Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt der Schädigung	
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt des Todes	

10. Kosten der Bestattung des/der Verstorbenen (Bestattungsgeld)

Für die Bestattung des Verstorbenen sind Aufwendungen entstanden, die von einem anderen Sozialleistungsträger (insbesondere gesetzliche Krankenversicherung/Unfallversicherung der/des Verstorbenen) oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften nicht vollständig getragen wurden.

 Ich beantrage deshalb Bestattungsgeld nach § 36 BVG. Ein Formular wird Ihnen zugesandt.

11. Bezug/Beantragung anderer Sozialleistungen

11.1. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bei einer anderen Behörde einen Antrag auf Entschädigung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde:	Aktenzeichen:
11.2. Beziehen Sie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, Betriebsrenten o. ä. (sowohl eigene Ansprüche oder auch als Angehöriger)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsträger:	Aktenzeichen:
11.3. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen (sowohl eigene Ansprüche oder auch als Angehöriger)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versorgungsträger:	Aktenzeichen:
11.4. Erhalten Sie bereits Versorgung als Geschädigter/Hinterbliebener nach dem Bundesversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen oder Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder haben/hatten Sie jemals dafür einen Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde:	Aktenzeichen:

12. Krankenversicherung der/des Hinterbliebenen

Ich bin derzeit			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert.	<input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert.	<input type="checkbox"/> privat versichert.	Mitglied seit
Name/Anschrift der Krankenversicherung			

13. Zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber	bei (Geldinstitut)
IBAN	BIC

14. Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Kommunalen Sozialverband/die Bundesrepublik

Nach § 47 ZDG i. V. m. § 81a BVG gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den/die Schadensverursacher haben, auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen/die Bundesrepublik Deutschland über, soweit Ihnen der Kommunale Sozialverband Sachsen Hinterbliebenenversorgung zu gewähren hat. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den/die Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen, sofern hierdurch die auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber dem Kommunalen Sozialverband Sachsen begründen. Mögliche Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen lassen Sie sich bitte vom Kommunalen Sozialverband Sachsen beraten.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters

15. Datenaustausch mit anderen Sozialleistungsträgern

Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Auskünfte und Unterlagen, die der Kommunale Sozialverband Sachsen im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem ZDG erhalten hat, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung kann hier und jederzeit widersprochen werden. / Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.

Ich versichere, dass ich alle Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass in Folge meiner Angaben zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückgezahlt werden müssen und wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei:



Name, Vorname; Geburtsdatum	Aktenzeichen
-----------------------------	--------------

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindung

Zur Bearbeitung Ihres Antrages nach dem Sozialen Entschädigungsrecht ist es trotz der von Ihnen bereits übersandten Unterlagen erforderlich, weitere Unterlagen beizuziehen, die zusätzlich Auskunft über den schädigenden Tatbestand, den eingeschränkten Gesundheitszustand und dessen Ursache oder auch über den Bezug von anderen Sozialleistungen geben (§ 67 ff. SGB X). Beigezogene Unterlagen werden im Antragsverfahren und für die Dauer eines Leistungsbezugs verarbeitet, gespeichert und ausgewertet. Das diesbezügliche Informationsblatt des Kommunalen Sozialverbandes (KSV) Sachsen zum Datenschutz nach der EU-DSGVO liegt Ihnen vor.

Deshalb bitten wir Sie um die nachfolgende Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung. Wir ermitteln damit den Sachverhalt von Amts wegen direkt bei Dritten, ohne das Aufwand und Kosten für Sie entstehen. Sollten Sie uns die Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung nicht geben, kann über Ihren Antrag möglicherweise nicht, nur eingeschränkt oder im ungünstigsten Fall nur ablehnend entschieden werden.

Diese Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung kann gegenüber dem KSV Sachsen jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich willige – vorbehaltlich eines ausdrücklich erklärten Ausschlusses – **ein, dass der KSV Sachsen** zur Bearbeitung meines Antrages nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG), Häftlingshilfegesetz (HHG) oder dem Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG)

jeweils von den betreffenden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, medizinischen/rehabilitativen Einrichtungen, Leistungsträgern/Sozialleistungsträgern (auch privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen), Behörden, Gerichten und ggf. Zeugen, welche ich im Antrag angegeben habe oder die für den KSV Sachsen aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind,

Auskünfte einholt und Unterlagen aller Art (ggf. auch vollständige Akten) beizieht, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

Das schließt auch die Unterlagen ein, die die vorgenannten Auskunftsstellen von Dritten erhalten haben, sowie auch die während des Antragsverfahrens erstellten Unterlagen von den vorgenannten Auskunftsstellen durch zwischenzeitlich neu eintretende Sachverhalte. Die Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung gilt auch für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren. Soweit der KSV Sachsen Schadenersatzansprüche gegen den Verursacher der Schädigung prüfen muss, schließt die Einwilligungserklärung auch die Polizei und Staatsanwaltschaften sowie Straf- und Zivilgerichte ein.

Einer ausdrücklichen namentlichen Benennung einzelner Auskunftsstellen durch mich oder einer Prüfung der Einwilligungserklärung durch die Auskunftsstelle bedarf es nicht, weil der KSV Sachsen nur die Auskunftsstellen einbezieht, die ich im Antrag angegeben habe oder die für den KSV Sachsen aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind und die ich nicht ausdrücklich ausgeschlossen habe.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Auskunftsstellen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

.....

Ich entbinde – soweit nicht vorstehend ausgeschlossen – **die betreffenden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, die medizinischen Einrichtungen und sonstige schweigepflichtige Personen zudem von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Antragsverfahren zu.**

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, und auch sonstige Auskunftsstellen, die zwischenzeitlich maßgebliche Unterlagen für das Antragsverfahren vorhalten, werde ich dem KSV Sachsen umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, gilt die Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung auch für die dort ggf. einzuholenden Auskünfte und Unterlagen.

_____ Datum _____ Unterschrift Antragsteller/in _____ Unterschrift gesetzl. Vertreter / Bevollmächtigter

Informationsblatt zum Datenschutz

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

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

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

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 4
Reichsstr. 3
09112 Chemnitz

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 Anträge und sich ergebende Ersatzansprüche nach dem Sozialen Entschädigungsrecht entscheiden zu können (§ 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V. mit § 5 Opferentschädigungsgesetz (OEG) und § 81a Bundesversorgungsgesetz (BVG)).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gespeichert und an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Apotheken, Sozialleistungsträger, Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte, andere Organisationseinheiten des Verantwortlichen, Vertragsfirmen der Orthopädietechnik, Staatsanwaltschaften, Saskia Informationssysteme GmbH und das Sächsische Melderegister übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens, der Sachverhaltsaufklärung, der Rechtsbehelfsverfahren, der Auftragsausführung im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung, der Auftragsverarbeitung oder zur Durchsetzung von Erstattungsansprüchen erforderlich ist (§ 67b Abs. 1 SGB X).

Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht 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, Therapeuten sowie von Gutachtern, Staatsanwaltschaften, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen 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 Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht erforderlich ist. 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.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den unter Nr. 2 benannten Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende 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
Tel.: 0351/85471 101
Fax: 0351/85471 109
E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de

11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 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.

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.