



Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX	Eingangsstempel
	Aktenzeichen
Gewünschte Leistung: z. B. Assistenz beim Wohnen, Hochschulhilfe	
Wo soll die Leistung erbracht werden? z. B. eigene Wohnung, besondere Wohnform	
Durch wen soll die Leistung erbracht werden? (Name des Leistungserbringers, wenn bekannt)	
Ab wann soll die Leistung beginnen?	
Oder seit wann wird die Leistung schon erbracht?	
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

1	Familiename (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	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen!
	Vorname und Name Betreuer(in):	
	Straße, Nr., PLZ, Ort:	
	Telefonnummer:	

10	Rentenversicherungsnummer		
11	Art der Beschäftigung und letzter Arbeitgeber		
12	Schulabschluss und erlernter Beruf		
13	Ich habe in den vergangenen 12 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar dieser Art	
		vom Träger der Eingliederungshilfe in:	
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	
		vom Jugendamt in:	
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 und Kopie des Feststellungsbescheides 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	
16	Angaben zur Behinderung (Falls vorhanden, bitte ärztliche Unterlagen zur Behinderung beifügen!)	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung	
		<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung, Art:	
		<input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht, Art:	
		Art der Beeinträchtigung/medizinische Diagnosen (soweit bekannt):	

2. Aufenthaltsverhältnisse

17	Aktuelle Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> allein in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> eigene Familie (mit Partner/Kindern) <input type="checkbox"/> in der Herkunftsfamilie (bei Eltern, Geschwistern) <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> wohnungslos <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> in meiner Wohnung leben weitere Personen, die Eingliederungshilfe erhalten
18	Aufenthalte <u>in den letzten 6 Monaten</u> vor dieser Antragstellung bzw. vor der Aufnahme in die Wohnform oder dem Beginn der hiermit beantragten Leistung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflege-, Kinderheim- und JVA-Aufenthalte, o. Ä.)	von bis Straße, PLZ, Ort
19	Ambulante Betreuung in der ehemaligen bzw. jetzigen Wohnung vor dieser Antragstellung, z. B. durch mobilen Hilfsdienst, Pflegedienst?	von bis Name und Ort des Leistungserbringers

3. Vorrangige Ansprüche

Aufgrund des Nachranges der Eingliederungshilfe (§ 91 SGB IX) 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).

20	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, die Behinderung ist ohne Fremdeinwirkung eingetreten (z. B. durch eine Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die Behinderung ist eingetreten durch: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arzt- oder Hebammenfehler <input type="checkbox"/> tätlichen Angriff (Gewaltverbrechen)</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> sonstiges:</p>
<p>Auf Grund der Schädigung wurden</p>	<p><input type="checkbox"/> Schadenersatzansprüche geltend gemacht gegen</p> <p><input type="checkbox"/> Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft/dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht:</p> <p><input type="checkbox"/> keine Ansprüche geltend gemacht</p>
<p>Sind Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen als Kriegsopfer im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes anerkannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Oder wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Zivildienstgesetz (ZDG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) bzw. Bundesseuchengesetz (BSeuchG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Häftlingshilfegesetz (HHG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Bundesentschädigungsgesetz (BEG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Berufliches Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><input type="radio"/> Weitere Entschädigungsgesetze, auch ausländische (bitte Gesetze bzw. Rechtsgrundlage angeben)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Welche Person ist Kriegsopfer bzw. Empfänger dieser Versorgungsleistungen?</p>	
<p>Name, Vorname:</p>	<p>Geburtstag:</p>
<p>Verwandtschaftsverhältnis:</p>	
<p>Anschrift: Straße, Nr.</p>	<p>PLZ, Ort</p>
<p>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.</p>	
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
<p>sonstiges/weitere Mitteilungen:</p>	
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	

4. Einkommen im Vorvorjahr und im aktuellen Jahr

Maßgeblich für Ihre mögliche Eigenbeteiligung an den Leistungen der Eingliederungshilfe ist die Summe der Einkünfte des Vorvorjahres nach § 2 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes sowie bei Renteneinkünften die Bruttorente des Vorvorjahres. Zur Prüfung, ob Ihre jetzigen Einkünfte erheblich von denen des Vorvorjahres abweichen, werden zusätzlich aktuelle Einkommensnachweise benötigt. Angaben zum Einkommen des Partners sind erst dann erforderlich, wenn sich aus Ihrem Einkommen eine Eigenbeteiligung ergäbe. Damit kann eine Erhöhung Ihres Freibetrages geprüft werden.

Als Nachweis fügen Sie also in Kopie bei:

- Einkommensteuerbescheid und die Rentenmitteilung des Vorvorjahres
- aktuelle Rentenmitteilung sowie Lohnnachweise der letzten 6 Monate

	Einkommensart	monatlicher Brutto-Betrag	
		Vorvorjahr	Aktuelles Jahr
22		EUR	EUR
23		EUR	EUR
24		EUR	EUR
25	Lohn aus Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen	EUR	EUR
26	Ich beziehe derzeit Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II (sog. Arbeitslosengeld-II)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
27	Ich beziehe derzeit Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Sozialhilfe) oder nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
28	Ich verfüge aktuell über keinerlei Einkommen. Meinen Lebensunterhalt habe ich bestritten/bestreite ich durch:	<input type="checkbox"/> kein Einkommen	
29	Ich habe folgende Leistungen beantragt, über die noch nicht entschieden wurde:		
30	In meinem Haushalt lebt ein Kind oder mehrere Kinder, für die ich unterhaltspflichtig bin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

5. Vermögen des Antragstellers

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						
31	Bargeld	EUR	Lebensversicherungen		EUR	
32	Girokonten	EUR	Sterbegeldversicherungen		EUR	
33	Sparguthaben	EUR	Private Rentenversicherungen		EUR	
34	Bausparguthaben	EUR	Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr		EUR	
35	Wertpapiere, Aktien, Geschäftsanteile	EUR	Bestattungsvorsorgeverträge		EUR	
36	Erbansprüche	EUR	Wohnrecht		EUR	
37	Betriebsvermögen	EUR	sonstiges Vermögen		EUR	Art:
38	Hausgrundstück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	sonstiger Grundbesitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
39	Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Baujahr:	Kilometerstand:	km	Typ:
40	Wurden von Ihnen 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):						

6. Kranken- und Pflegeversicherung	
41	Art der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung, es handelt sich dabei um eine: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über folgenden Familienangehörigen: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> (Name, Vorname) (Geburtsdatum) </div> <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung
42	Name der Krankenkasse/des Versicherungsunternehmens Anschrift Krankenkasse/Versicherungsunternehmen Versichertennummer
43	Angaben zur Pflegebedürftigkeit: Ich habe einen Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: <input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde abgelehnt (Falls bereits vorhanden, bitte den Bescheid der Pflegekasse über die Feststellung eines Pflegegrades und das MDK-Gutachten beifügen!) Bei mir wurde folgender Pflegegrad festgestellt: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 seit:

7. Bankverbindung		An Antragsteller(in) zu zahlende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:
44	IBAN	
45	BIC	
46	Name der Bank	
47	Name des Kontoinhabers	

8. Schlusserklärungen und Hinweise	
<p>8.1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben</p> <p>Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen und Angaben der Wahrheit entsprechen und lückenlos sind. 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.</p>	
<p>8.2. Mitwirkungspflichten</p> <p>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.</p>	
<p>8.3. Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 und 14 DSGVO</p> <p>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. Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Informationsblatt entnehmen.</p>	
<p>8.4. Geltendmachung von Ansprüchen</p> <p>Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Kommunalen Sozialverband Sachsen unverzüglich informieren.</p>	
<p>8.5. Beteiligung anderer öffentlicher Stellen (§ 22 SGB IX und § 117 Abs. 3 und 4 SGB IX)</p> <p>Der KSV Sachsen benötigt Ihre Zustimmung, damit er andere öffentliche Stellen beteiligen kann.</p> <p>Andere öffentliche Stellen sind z. B. Ihre Pflegekasse, das Jobcenter oder die Betreuungsbehörde. Das ist für Sie wichtig, weil diese Stellen Sie auch unterstützen können. Der KSV Sachsen kann dafür sorgen, dass Sie diese Unterstützung bekommen.</p> <p>Sind Sie damit einverstanden, dass der KSV Sachsen die Stellen beteiligt?</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht diese Stelle: </div>	
<p>8.6. Unterschrift</p> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.</p>	
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 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 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.