

1.	Persönliche Verhältnisse	
101	Antragsteller/in	2. Person <input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner(in) (nicht getrenntle- bend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> _____
102	Familienname	
103	Geburtsname	
104	Vorname	
105	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
106	Geburtsdatum und Ort	
107	letzte Anschrift vor Hei- maufnahme	
109	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden Familienstand seit: _____
110	Haben Sie bereits Sozi- alhilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja – bis wann? _____ Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
für Menschen mit Migrationshintergrund		
111	Welche Nationalität ha- ben Sie?	
112	Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____ gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Asylberechtigter/-Bewerber <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
2.	Kranken- und Pflegeversicherung	
201	1. Person	2. Person
202	Wo sind Sie versichert?	
203	Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> nicht versichert (§ 264 SGB V)
204	Haben Sie eine private Pflege(zusatz)versiche- rung?	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Police bei. <input type="checkbox"/> Nein
205	Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung von Leistungen der Pfl- egekasse gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bescheid liegt noch nicht vor) <input type="checkbox"/> ja, Einstufung erfolgte in <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5

3.		Angaben zur Pflegeeinrichtung	
301	In welche stationären Pflegeeinrichtung werden/wurden Sie aufgenommen?	Name: _____ Anschrift: _____ _____	Name: _____ Anschrift: _____ _____
302	Ist der Einzug bereits erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ <input type="checkbox"/> Nein – geplant am: _____	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ <input type="checkbox"/> Nein – geplant am: _____
4.		Sonstige Angaben	
bisherige Wohnverhältnisse			
401	Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine andere stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
402	Leben bzw. lebten Sie in einer ambulant betreuten Wohnform?	<input type="checkbox"/> Ja – seit/bis wann?: _____ Name und Anschrift der Wohneinrichtung: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – seit/bis wann?: _____ Name und Anschrift der Wohneinrichtung: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Sie eine der Fragen 401 oder 402 mit Ja beantwortet haben:			
403	Wer hat die Kosten getragen?		
Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r			
404		1. Person	2. Person
405	Haben Sie eine/n gerichtlich bestellte/n Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde bei. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde bei. <input type="checkbox"/> Nein
406	Haben Sie jemanden bevollmächtigt, Ihre Interessen zu vertreten?	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Vollmacht bei. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Vollmacht bei. <input type="checkbox"/> Nein
407	Familienname, Vorname		
408	Adresse		
409	Telefonnummer		
410	E-Mail		
Schwerbehinderung			
407	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? (bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5. Unterhalt						
Angaben zu Angehörigen (z.B. Kinder – auch aus früheren Ehen – Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten) (Bitte nutzen Sie gegebenenfalls ein zusätzliches Blatt)						
501	Familienname, Vorname	Ge- burts- datum	Verwandt- schaftsver- hältnis	Familien- stand	Beruf / derzeitige Tätig- keit / Selbstständig?	Anschrift
502						
503						
504						
505						
506						
507						
		1. Person			2. Person	
508	Haben Sie Unterhaltsan- sprüche gegen einen der Angehörigen?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____ <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel. <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____ <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel. <input type="checkbox"/> Nein	
509	Bestehen vertragliche oder gesetzliche An- sprüche gegenüber Drit- ten, z.B. aus einer Haus- übergabe oder einem Unfall?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ Grund: _____ <input type="checkbox"/> Nein	

Den Antrag auf Sozialhilfeleistungen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Zur Klärung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse meiner Bedarfsgemeinschaft kann nach § 93 Abs. 8 und 9 der Abgabenordnung (AO) anlassbezogen jederzeit – auch nach Zugang des Bewilligungsbescheides - für jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ein **Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt)** gestellt werden. Im Falle eines Abrufersuchens übermittelt das BZSt von den Kreditinstituten die **Kontenstammdaten meiner sämtlichen Konten** (u. a. Name des Kontoinhabers, Geburtsdatum, Kontonummer und Verfügungsberechtigung), soweit seit der Auflösung der Konten nicht mehr als drei Jahre vergangen sind (§ 93 b Abs. 4 AO i. V. m. § 24c Abs. 1 Kreditwesengesetz).

Mir / uns ist bekannt, dass für die Gewährung der Sozialhilfeleistungen **alle Tatsachen anzugeben** sind, die für eine Entscheidung über den gestellten Antrag erheblich sind und dass ich mich / wir uns, wenn diese unwahr oder bewusst unvollständig mitgeteilt wurden, der **Strafverfolgung** aussetze(n) (§ 263 Strafgesetzbuch). Ebenso ist mir / uns bekannt, dass **zu Unrecht erbrachte Sozialhilfeleistungen zurück zu zahlen sind** (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X, § 104 Sozialgesetz XII).

Es ist mir / uns auch bekannt, dass die Daten unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen erhoben wurden, da sie zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich sind. Ich / wir stimmen deshalb unter der Voraussetzung, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden, auch zu, dass die erhobenen Daten **verarbeitet und gespeichert** werden. Ausführliche Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der folgenden Seite.

_____ Datum

_____ 1. Person Unterschrift

_____ 2. Person Unterschrift

Rechtsrahmen für den Datenschutz in Deutschland und in der Europäischen Union ist die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Sowohl die DS-GVO als auch insbesondere das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) enthalten Vorschriften zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern. Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

Soweit es für die Durchführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) oder des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen (APG NRW) im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; vgl. Art. 1 6 Abs. 1 Buchstabe c und e und Art. 4 Nr. 2 DS-GVO, §§ 67a ff. SGB X). Ihr zuständiger Sozialhilfeträger ist „Verantwortlicher“ im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DS-GVO.

1. Datenerhebung bei den Haushaltsmitgliedern

Ihre Angaben im Antragsverfahren sind mit entsprechenden Nachweisen zu belegen. Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen Verwendungszweck bzw. Empfänger einer Überweisung - nicht aber deren Höhe - geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten im Sinne des Art. 9 DSGVO handelt (Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit, Sexualleben oder der sexuellen Orientierung).

2. Datenerhebung bei anderen Stellen

Sofern die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft nicht oder nicht vollständig an der Aufklärung des Sachverhalts mitwirken, kann der Sozialhilfeträger auch Auskünfte einholen bzw. Daten erheben

- bei anderen Stellen im Zusammenhang zwischen diesen und den Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft bestehenden Rechtsverhältnissen (z. B. Arbeitseinkommen, Banken und Kreditinstitute) und bei anderen Personen im Hinblick auf möglicherweise gegen diese Personen bestehende Rechtsansprüche bzw. deren Voraussetzungen (z. B. Unterhaltsverpflichtete oder [frühere/getrenntlebende] Ehepartner) nach § 117 SGB XII,
- bei anderen Sozialleistungsträgern (z. B. Agentur für Arbeit, Jobcenter, Familienkasse, Unterhaltsvorschussstelle, Ämter für Ausbildungsförderung) nach §§ 3, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X, inwieweit z. B. andere Sozialleistungen beantragt, bewilligt oder eingestellt wurden oder inwieweit Aussicht auf Bewilligung dieser Leistungen besteht und
- beim Finanzamt zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen nach § 21 Abs. 4 SGB X und – insbesondere bei selbständig tätigen Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft – zur Einkommensteuererklärung oder zum bereits ergangenen Einkommensteuerbescheid nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb bzw. Nr. 2 AO.

3. Manueller bzw. automatisierter Datenabgleich

Zur Vermeidung und Aufdeckung der rechtswidrigen Inanspruchnahme von Sozialhilfe wird ein regelmäßiger Datenabgleich für alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft, auch in automatisierter Form, insbesondere mit der Datenstelle der Rentenversicherung durchgeführt (§ 118 SGB XII). Es darf z. B. abgeglichen werden, ob während des Sozialhilfebezugs Renten gezahlt werden, ob eine versicherungspflichtige oder geringfügige Beschäftigung besteht oder in welcher Höhe Kapitalerträge zufließen, für die ein Freistellungsauftrag erteilt worden ist. Zudem besteht die Möglichkeit eines Kontenabrufs beim Bundeszentralamt für Steuern nach § 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe e AO. Verdachtsfälle auf Betrug werden grundsätzlich bei der Staatsanwaltschaft angezeigt.

4. Datenverarbeitung im Rahmen der Sozialhilfestatistik

Die für die Bearbeitung des Antrages erhobenen Daten werden in anonymisierter Form (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Sozialhilfestatistik verwendet. Die Daten dürfen hierfür an den Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein - Westfalen als amtliche Statistikstelle des Landes Nordrhein - Westfalen, an das Statistische Bundesamt sowie an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelt werden (§§ 121 ff. SGB XII).

5. Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren

Zur Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der §§ 68, 69 SGB X an die Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte übermittelt.

6. Löschung Ihrer personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden vom Sozialhilfeträger gelöscht, wenn sie für die rechtmäßige Aufgabenerfüllung nicht mehr benötigt werden (vgl. § 84 SGB X) und rechtliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Innerhalb der vorstehend genannten Fristen besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DS - GVO.

7. Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf einer Einwilligung; Beschwerde

Wenn Sie eine **Auskunft** zu den zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Sozialhilfeträger. Sie können auch die Datenschutzbeauftragte/den Datenschutzbeauftragten zu Rate ziehen. Auf Wunsch wird Ihnen ein Auszug zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zur Verfügung gestellt. Wenn Sie feststellen, dass zu Ihrer Person gespeicherte Daten fehlerhaft oder unvollständig sind, können Sie jederzeit die unverzügliche **Berichtigung** oder Vervollständigung dieser Daten verlangen. Unter den Voraussetzungen des Art. 18 DS - GVO in Verbindung mit § 84 Abs. 3 SGB X können Sie eine **Einschränkung der Verarbeitung** Ihrer Daten verlangen. Dies kommt z. B. dann in Betracht, wenn der Sozialhilfeträger die Daten nicht mehr länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und eine Löschung der Daten Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigen würde. Im Zusammenhang mit der Sozialhilfebearbeitung besteht kein **Recht auf Datenübertragbarkeit** nach Art. 20 DS - GVO, da die Datenverarbeitung in der Sozialhilfe im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Art. 20 Abs. 3 DS - GVO). Es besteht auch kein Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 21 Abs. 1 DS - GVO, da sozialhilferechtliche Vorschriften die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vorsehen (vgl. § 84 Abs. 5 SGB X). Sollten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen **Einwilligung** verarbeitet (d. h. insbesondere erhoben) worden sein, können Sie diese Einwilligung jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerrufen. Dadurch wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf berührt. Sollten Sie mit den Auskünften Ihres Sozialhilfeträgers bzw. mit der von ihr vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer **Beschwerde** an die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit Nordrhein - Westfalen als Aufsichtsbehörde wenden.

8. Kontaktdaten/ Adressen

Verantwortliche/r: Der Landrat des Kreises Steinfurt ist der für die Datenverarbeitung Verantwortliche/r. (Anschrift: Kreis Steinfurt – Der Landrat -, Amt für Soziales und Pflege, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt)

Den/die Datenschutzbeauftragte/n des Kreises Steinfurt erreichen Sie unter folgender Anschrift:

Kreis Steinfurt, Datenschutzbeauftragte/r, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt, E-Mail: datenschutz@kreis-steinfurt.de

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit Nordrhein - Westfalen: Kavalleriestraße 2 - 4, 40213 Düsseldorf ; Tel.: 0211/38424-0; Fax: 0211/38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Amt für Soziales und Pflege des Kreises Steinfurt