

Antrag auf Eingliederungshilfe für junge Volljährige

LANDESHAUPTSTADT



Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Achstes Buch (SGB VIII) - Kinder- und Jugendhilfe -
gemäß § 41 SGB VIII in Verbindung mit § 35a SGB VIII

Mit diesem Formular können Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe für junge Volljährige, mit seelischen Behinderungen oder die von diesen bedroht sind, stellen.

Als junge(r) Volljährige(r) werden Personen bezeichnet, die zwischen 18 und 27 Jahren alt sind.

Welche Anlagen benötigen Sie zum Ausfüllen? <ul style="list-style-type: none">• Fachärztliche Diagnose• Berichte von bisherigen Therapien/Fördermaßnahmen• Werdegang/Lebenslauf• Entbindung von der Schweigepflicht• Kopie der Krankenversicherungskarte• Geburtsurkunde	Wie geht es nach dem Absenden weiter <p>Nach dem Absenden des Formulars senden Sie uns bitte noch alle erforderlichen Unterlagen (siehe links) an Clearing5107@wiesbaden.de zu.</p> <p>Ihr Antrag wird anschließend von der Fachabteilung auf Vollständigkeit der Angaben geprüft und Sie erhalten innerhalb von 14 Tagen eine Rückmeldung.</p>
--	---

*Pflichtfelder

1. Zu beantragende Leistungen

Folgende Leistungen werden beantragt*

(mindestens eine Angabe erforderlich)

1.
2.
3.
4.

Mögliche Leistungen sind beispielsweise:

- Ambulante Eingliederungshilfe
- Stationäre Eingliederungshilfe
- Autismustherapie bzw. Clearing
- Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe
- Eingliederungshilfe in Schulen, Beruf, Studium

Den Leistungsanspruch stellt*

- der/die junge Volljährige der/die gesetzliche Vertreter*in



2. Persönliche Verhältnisse des/der jungen Volljährigen*

Bitte geben Sie hier Ihre persönlichen Daten ein.

Falls Sie den Antrag für eine andere Person ausfüllen, so geben Sie bitte deren Daten ein.

Name*

Vorname*

Straße*

Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Telefonnummer*

E-Mail Adresse

Festnetz- oder Mobilfunknummer

Geschlecht

männlich weiblich divers

Geburtsdatum*

Geburtsort

tt.mm.jjjj

Staatsangehörigkeit*

deutsch

andere, welche:

Aufenthaltsstatus (falls Sie eine andere Staatsangehörigkeit besitzen)

3. Gesetzliche/r Betreuer*in oder Vertreter*in (falls vorhanden)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Fotokopien des Beschlusses und des Betreuerausweises sind beigelegt.

4. Schule, Ausbildung, Beruf

Bitte fügen Sie gegebenenfalls die **Schulbescheinigung** und das **letzte Zeugnis** bei.

Name und Anschrift der aktuellen Schule

(maximal 250 Zeichen)

Liegt bereits ein Schulabschluss vor?

nein, kein Schulabschluss

ja, allgemeine Hochschulreife/Abitur

ja, (qualifizierter) Hauptschulabschluss

ja, Fachhochschulreife

ja, mittlerer Bildungsabschluss/Realschule

ja, sonstige:

Abschlussjahr

Name der Schule

Wurde bereits eine Berufsausbildung absolviert?

nein, keine abgeschlossene Ausbildung

ja, abgeschlossene Ausbildung als:

derzeit noch in Ausbildung zur/zum:

Name und Anschrift der aktuellen Ausbildungsstätte

(maximal 250 Zeichen)

Gehen Sie derzeit einer Beschäftigung nach?

nein

ja, Name und Anschrift der aktuellen Arbeitsstätte:

(maximal 250 Zeichen)

Stundenumfang, Tätigkeit

(maximal 250 Zeichen)

5. Sind Sie krankenversichert?

Falls ja, bitte fügen Sie eine **Kopie der Krankenversicherungskarte** bei.

nein ja, bitte Versicherungsdaten angeben:

Name der Krankenkasse

Versichertennummer

Art der Versicherung

- Eigener Versicherungsanspruch
 Familienversicherung, über: Vater Mutter

6. Ist ein Pflegegrad vorhanden?

Falls ja, bitte fügen Sie einen **Nachweis** und **Gutachten des Medizinischen Dienstes** der Krankenkasse bei.

- nein ja, bitte Höhe des Pflegegrades angeben:

7. Liegt eine Schwerbehinderung vor?

Falls ja, bitte fügen Sie eine **Kopie des Schwerbehindertenausweises** bei.

- nein ja, bitte Grad angeben: GdB

8. Angaben zur Behinderung des/der jungen Volljährigen

Bestehen Krankheiten oder Behinderungen?

- nein ja, bitte angeben:

Angaben zur Krankheit/Behinderung

(maximal 600 Zeichen)

Art der Behinderung

- seelische Beh. gem. §35a SGB VIII
 körperliche Behinderung
 geistige Behinderung

Folgende Hilfsmittel werden bereits benötigt

- Hörgeräte Rollator
 Rollstuhl Katheter
 Magensonde Windeln
 Insulinpumpe

Beteiligte Ärzte und Therapeuten (Name, Anschrift)

9. Kindergeld

Haben Sie Anspruch auf Kindergeld?

nein ja, in Höhe von monatlich: EUR

Wer ist kindergeldberechtigt?

Vater Mutter andere Person:

Kindergeldnummer

10. Besteht Anspruch auf Rente?

nein ja, in Höhe von monatlich: EUR

Art der Rente 1

Art der Rente 2

11. Wurde bereits eine Jugendhilfe genehmigt?

nein ja, bitte Daten angeben:

Gewährung durch welches Jugendamt?

Art der Hilfe

Für welchen Zeitraum bewilligt?

von: bis:

von: bis:

Monat und Jahr (mm/jjjj) angeben

(maximal 250 Zeichen)

12. Wurde bereits eine Eingliederungshilfe gewährt?

nein ja, bitte Daten angeben:

Gewährung durch welche Behörde?

Art der Hilfe

Für welchen Zeitraum bewilligt?

von: bis:

von: bis:

Monat und Jahr (mm/jjjj) angeben

(maximal 250 Zeichen)

13. Wo hielt sich die/der junge Volljährige in den letzten 12 Monaten auf?

Bitte geben Sie alle **Aufenthaltsorte der letzten 12 Monate** an.

Von (tt.mm.jjjj)	Bis (tt.mm.jjjj)	Bei (Person oder Einrichtung)	In (Stadt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. Begründung des Antrages

Wir/Ich beantrage(n) Eingliederungshilfe für junge Volljährige, weil...

(maximal 900 Zeichen)

Mit der Eingliederungshilfe für junge Volljährige soll erreicht werden, dass...

(maximal 900 Zeichen)

Beschreibung der seelischen Gesundheitsstörung und ihre Auswirkungen auf den Alltag

z.B. auf Schule, Ausbildung, Arbeitsverhältnis, Familie, Freunde, Freizeit, etc.

(maximal 900 Zeichen)

15. Angaben zu den Eltern

Bitte ergänzen Sie nachfolgende **Angaben zu beiden Elternteilen**.

	Erster Elternteil	Zweiter Elternteil
Beziehung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name ggf. Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift (falls abweichend vom jungen Volljährigen)	<input type="text"/> (maximal 65 Zeichen)	<input type="text"/> (maximal 65 Zeichen)
Staatsangehörigkeit	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere
Telefonnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/verpartnert <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet seit: <input type="text"/> tt.mm.jjjj	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/verpartnert <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet seit: <input type="text"/> tt.mm.jjjj

Die Personensorge für die/den junge(n) Volljährigen wurde bis zur Volljährigkeit ausgeübt von:

Mutter & Vater gemeinsam Mutter Vater Vormund/Pfleger

Hinweis:

Alleinige elterliche Sorge und gemeinsame elterliche Sorge sind nachzuweisen (Sorgerechtsbeschluss bzw. Scheidungsurteil) bei Eltern, die nicht verheiratet sind (Negativattest, gemeinsame Sorgeerklärung oder Gerichtsentscheidung).

16. Gegebenenfalls Angaben zum Ehegatt*in/Lebenspartner*in (eingetragene Lebensgemeinschaft) des/der jungen Volljährigen

Hat die/der junge Volljährige eine(n) Ehegatt*in oder eine(n) Lebenspartner*in (eingetragene Lebensgemeinschaft)?

nein ja, bitte Daten angeben:

Name

Vorname

Geburtsdatum

tt.mm.jjjj

Geburtsort

Anschrift

(maximal 175 Zeichen)

Telefonnummer

E-Mail

Familienstand

- verheiratet geschieden
 eingetragene Lebensgemeinschaft verwitwet
 getrennt lebend wiederverheiratet

**Tag der Eheschließung /
Eintrag der
Lebensgemeinschaft**

tt.mm.jjjj

17. Gegebenenfalls Angaben zu Kindern des/der jungen Volljährigen

Hat die/der junge Volljährige ein oder mehrere Kinder?

nein ja, bitte Daten angeben:

	Kind 1	Kind 2
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/> (maximal 65 Zeichen)	<input type="text"/> (maximal 65 Zeichen)
Lebt bei	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18. Anlagen zum Antrag

Bitte reichen Sie folgende Unterlagen ein, damit wir die Notwendigkeit einer individuellen Hilfe prüfen können.

- Fachärztliche Diagnose (Arztbrief, Stellungnahmen, Gutachten des Facharztes)
- Berichte von bisherigen Therapien/Fördermaßnahmen
- Werdegang/Lebenslauf
- Entbindung von der Schweigepflicht
- Kopie der Krankenversicherungskarte
- Geburtsurkunde

Bitte reichen Sie **im Einzelfall** folgende Unterlagen ein:

- Anerkennungsnachweis (z.B. Asylantragsstatus, Duldung u.a.)
- Nachweis über Pflegegrad
- Schwerbehindertenausweis/Bescheid
- Unterhaltstitel für die/den junge*n Volljährige*n
- Bestellung/Nachweis gesetzliche Betreuung
- Schulbescheinigung und letztes Zeugnis
- Nachweis der Vaterschaft bei Nichtehelichkeit der/des jungen Volljährigen

Bei **stationären Hilfen** reichen Sie bitte zusätzlich ein:

- Beiblatt Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Erklärung zum Antrag (bitte entsprechend ankreuzen)

- Ich bin darüber informiert, dass ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht, wenn
 1. die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichtund
 2. dadurch die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Von einer seelischen Behinderung bedroht sind die Personen, bei denen diese nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit (mehr als 50%) zu erwarten ist. Eine drohende Behinderung bedeutet noch keine manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
- Ich bin bereit, die Hilfe nach besten Kräften zu unterstützen und mit allen an der Hilfe beteiligten Personen und Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Ich werde alles unterlassen, was sich schädlich auf den Verlauf der Hilfe auswirken könnte.
- Die Anlage „Mitwirkungspflichten“ habe ich zur Kenntnis genommen.
- Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die Beendigung der Hilfe verlangen kann.
- Ich bin darüber informiert, dass alle zur Gewährung und Durchführung der Hilfe erforderlichen personenbezogenen Daten vom Jugendamt erfasst werden. Ich bin darüber informiert, dass diese Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Grenzen und Bestimmungen an die mit der Hilfe in Verbindung stehenden Personen und Einrichtungen weitergegeben werden.
Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten der Landeshauptstadt Wiesbaden nach Art. 13 und 14 der Datenschutz- Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie über weitere Informationen zum Datenschutz in Kenntnis gesetzt worden.

Mir ist bekannt, dass ich nach § 92 Abs. 1 SGB VIII aus meinem Einkommen zu den Kosten der Maßnahme beizutragen habe.

Meine aktuellen Einkommensverhältnisse lege ich im Beiblatt „Einkommens- und Vermögensverhältnisse“ dar. Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werde ich unaufgefordert mitteilen.

Mir ist bekannt, dass meine eigenen Unterhaltsansprüche gegen meine Eltern für die Dauer der Hilfestellung ruhen. Stattdessen werden meine Eltern gegebenenfalls direkt durch das Jugendamt zu einem Kostenbeitrag herangezogen.

Bitte unterschreiben Sie den Antrag.

Dieser Antrag setzt **mindestens eine Unterschrift** voraus.

Bitte **drucken** Sie den Antrag aus, **unterschreiben** und **senden** Sie diesen, entweder eingescannt im PDF-Format an Clearing5107@wiesbaden.de oder per Post (Anschrift siehe Deckblatt).

Ort, Datum	Unterschrift des/der jungen Volljährigen

Ort, Datum	Unterschrift(en) gesetzlicher Vertreter

Anlage Mitwirkungspflicht

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB),
Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil
Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrages oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65 a Aufwendungsersatz

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Anlage Information gemäß Artikel 13/Artikel 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht geben. Die Erhebung und Verarbeitung von Daten dient dazu, Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), für Menschen, die im Sinne des § 2 behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, zur Verfügung stellen zu können. Die Erhebung und Verarbeitung von Daten dient dazu, Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), für Menschen, die im Sinne des § 2 behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind zur Verfügung stellen zu können. Gleiches gilt für die Erhebung und Verarbeitung und Daten nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) für Personen die im Sinne des § 35 a seelisch behindert oder von einer seelischen Behinderung bedroht sind.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Landeshauptstadt Wiesbaden
Der Magistrat
Amt für Soziale Arbeit
Konradinerallee 11, 65189 Wiesbaden

2. Behördlicher Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter der Landeshauptstadt Wiesbaden,
Postfach 3920; 65029 Wiesbaden

3. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Das Amt für Soziale Arbeit verarbeitet Ihre Daten, um Ihre Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) bzw. dem Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) zu bearbeiten und die Leistungen gegebenenfalls zur Verfügung zu stellen. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist auf die jeweils notwendigen Daten beschränkt. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist bei der Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe oder Verpflichtung Art. 6 Abs. 1 lit. c und e sowie Art. 9 Abs. 2 lit. b DSGVO in Verbindung mit § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz), §§ 121 ff. SGB XII sowie spezial-gesetzliche Regelungen.

Sofern wir Sie ausdrücklich um eine Einwilligung zur Datenverarbeitung gebeten haben, so ist Rechtsgrundlage zur Datenverarbeitung Art 6 Abs. 1 a sowie Art. 9 Abs. 2 a DSGVO in Verbindung mit § 67 b Abs. 2 SGB X.

4. Kategorien personenbezogener Daten:

Folgende personenbezogene Daten können im Amt für Soziale Arbeit je nach gesetzlichem Auftrag und Rechtsgrundlage erhoben und verarbeitet werden:

Grunddaten:

Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Geburtsname, Nationalität, Familienstand, Geschlecht, Aufenthaltsstatus, Renten-/Sozialversicherungsnummer, Pflegegrad, Telefonnummer (freiwillige Angabe), E-Mailadresse (freiwillige Angabe).

Weitere mögliche personenbezogene Daten:

- Bankverbindung
- Einkommens- und Vermögensnachweise
- Bedarfe der Unterkunft und Heizung
- Nachweise zum Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis
- Gesundheitsdaten
- Angaben zur gesetzlichen Betreuung/Vormundschaft und Pflegschaft
- Art und Bezug von Sozialleistungen
- Angaben über familiäre Verhältnisse
- Name und Anschrift von Leistungserbringern, z.B. Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen

5. Weitergabe von personenbezogenen Daten sowie Erhebung der personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden ausschließlich aufgrund gesetzlicher Befugnisse und Vorschriften (insbesondere aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen des SGB X) an Dritte weitergeleitet wie beispielsweise: andere Sozialleistungsträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung), Finanzämter, Zollbehörden, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr (z.B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Verfassungsschutz), Gerichte, andere Dritte wie z.B. kommunale Ämter, Regierungspräsidium Darmstadt, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für Steuern, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Auftragsverarbeiter (z.B. IT-Dienstleister), Vermieter (wenn an diesen direkt gezahlt wird), Energieversorger (wenn an diesen direkt gezahlt wird), Schuldnerberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), Suchtberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), psychosoziale Betreuung (nur mit Einwilligung des Betroffenen).

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt grundsätzlich bei dem Betroffenen. Bei Vorliegen einer gesetzlichen Grundlage oder Ihrer Einwilligung können Daten auch bei anderen öffentlichen Stellen, z.B. anderen Sozialleistungsträgern, erhoben werden.

6. Dauer der Datenspeicherung

Die Dauer der Datenspeicherung richtet sich nach den unterschiedlichen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Sie beträgt bei zahlungsrelevanten Vorgängen in aller Regel 10 Jahre, kann aber auch im Einzelfall bis zu 30 Jahren nach Beendigung des Leistungsgewährung andauern.

7. Ihre Rechte

Auf Ihre Rechte zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlage hierfür sind die Art. 15 - 21 DSGVO in Verbindung mit den §§ 81, 83 und 84 SGB X.

Sofern Sie Daten nicht bereitstellen oder der Verarbeitung widersprechen, kann dies für Sie rechtliche Nachteile, wie z.B. den Verlust von Rechtsansprüchen, bedeuten. Dies kann im Übrigen auch der Fall sein, wenn Sie eine erteilte Einwilligung zur Datenverarbeitung widerrufen (Art. 13 Abs. 2 lit. c und e DSGVO).

8. Hessischer Datenschutzbeauftragter

Sie haben das Recht, Beschwerden beim Hessischen Datenschutzbeauftragten zu erheben.

Postanschrift:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 3163; 65021 Wiesbaden