

Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

LANDESHAUPTSTADT



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

Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe -
bis Sekundarabschluss II

Mit diesem Formular können Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche,
mit körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung oder die von diesen bedroht sind, stellen.

Welche Anlagen benötigen Sie zum Ausfüllen?

- Fachärztliche Diagnose
- Berichte von bisherigen Therapien/Fördermaßnahmen
- Entbindung der Schweigepflicht
- Geburtsurkunde

Wie geht es nach dem Absenden weiter

Nach dem Absenden des Formulars senden Sie uns
bitte noch alle erforderlichen Unterlagen (siehe links)
an Clearing5107@wiesbaden.de zu.

Ihr Antrag wird anschließend von der Fachabteilung
auf Vollständigkeit der Angaben geprüft und Sie
erhalten innerhalb von 14 Tagen eine Rückmeldung.

*Pflichtfelder

1. Zu beantragende Leistungen

Folgende Leistungen werden beantragt*

(mindestens eine Angabe erforderlich)

1.
2.
3.
4.

Mögliche Leistungen sind beispielsweise:

- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
(z.B. Teilhabeassistenz, Leistungen zur Förderung und Verständigung, Gebärdendolmetscher, Hilfsmittel, Internat)
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe
(z.B. Assistenzleistungen, Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, Hilfsmittel, Leistungen zur Förderung der Verständigung, Leistungen zur Mobilität, Besondere Wohnform oder stationäre Jugendhilfe)
- Heilpädagogische Leistungen
(z.B. Frühförderung, Eingliederungshilfe in Kindertagesstätten)
- Autismustherapie bzw. Clearing
- Leistungen gem. § 35a SGB VIII
(z.B. Leistungen in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen, Leistungen durch geeignete Pflegepersonen, Leistungen in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen betreuten Wohnformen, Ambulante Eingliederungshilfe, Autismustherapie bzw. Clearing, Eingliederungshilfe in Schulen, Beruf, Studium, Stationäre Eingliederungshilfe, Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe)



2. Persönliche Verhältnisse des antragstellenden minderjährigen Kindes/Jugendlichen

Bitte geben Sie hier die persönlichen Daten des Kindes/des Jugendlichen ein.

Name*

Vorname*

Straße*

Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Geschlecht

männlich weiblich divers

Geburtsdatum*

Geburtsort

tt.mm.jjjj

Staatsangehörigkeit*

deutsch

andere, welche:

Aufenthaltsstatus (falls das Kind oder der/die Jugendliche eine andere Staatsangehörigkeit besitzt)

3. Kindertagesstätte, Schule, Ausbildung, Beruf

Welche Kindertagesstätte oder Schule wird
aktuell besucht? (Name und Anschrift)

(maximal 100 Zeichen)

Seit wann?

tt.mm.jjjj

Welche Kindertagesstätte oder Schule soll
besucht werden? (Name und Anschrift)

(maximal 100 Zeichen)

Ab wann?

tt.mm.jjjj

Soll die Leistung in der Einrichtung erbracht werden?

- nein ja (bitte Schul- oder KiTa-Bericht beifügen)

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

Ist bei dem Kind/Jugendlichen ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt worden?

- nein
 ja, mit folgendem Förderschwerpunkt:

- ja, das Kind bzw. der/die Jugendliche ist durch die Schulaufsichtsbehörde folgender
Förderschule zugewiesen worden:

- ja, das Kind bzw. der/die Jugendliche nimmt am gemeinsamen Unterricht der folgenden
allgemeinen Schule teil:

Hat der/die Jugendliche 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)

Geht der/die Jugendliche derzeit einer Beschäftigung nach?

nein

ja, Name und Anschrift der aktuellen Arbeitsstätte:

(maximal 250 Zeichen)

Stundenumfang, Tätigkeit

(maximal 250 Zeichen)

4. Angaben zu den Eltern bzw. Betreuungspersonen		
	Erster Elternteil*	Zweiter Elternteil
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 (falls abweichend vom Kind/Jugendlichen)	<input type="text"/> (maximal 65 Zeichen)	<input type="text"/> (maximal 65 Zeichen)
Staatsangehörigkeit*	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere, welche: <input type="text"/>	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere, welche: <input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand* Wenn geschieden oder verwitwet: Seit wann?	<input type="text"/> <input type="text"/> tt.mm.jjjj	<input type="text"/> <input type="text"/> tt.mm.jjjj
Ist der Elternteil sorgeberechtigt?*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls nein , bitte entsprechende Nachweise beifügen.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls nein , bitte entsprechende Nachweise beifügen.

5. Angaben zu sonstigen Personensorgeberechtigten

Bitte nur ausfüllen, wenn die Eltern nicht sorgeberechtigt sind!

Besteht für das Kind bzw. den/die Jugendliche(n) eine Amtsvormundschaft oder eine Amtspflegschaft?

nein

wurde bereits beantragt am:

tt.mm.jjjj

ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

Name und Ort des Amtsgericht

(maximal 100 Zeichen)

Aktenzeichen

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

6. Ist das Kind bzw. der/die Jugendliche pflege- bzw. krankenversichert?

nein ja, bitte Versicherungsdaten angeben:

Name der Krankenkasse

Versichertennummer

Art der Versicherung

Familienversicherung, über: Vater Mutter

Pflichtversicherung

freiwillige Versicherung

Privatversicherung

Zusatzversicherung bei:

Ist das Kind bzw. der/die Jugendliche im Krankheits- oder Pflegefall beihilfeberechtigt?

nein ja, bitte Angaben machen:

Name der Beihilfeversicherung

Beihilfeberechtigte/r

7. 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:

8. Liegt eine Schwerbehinderung vor?

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

nein ja, bitte Grad angeben:

GdB

9. Angaben zur Behinderung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen

Bestehen Krankheiten oder Behinderungen?

nein ja, bitte angeben:

Angaben zur Krankheit/Behinderung

(maximal 600 Zeichen)

Hinweis: Im Falle einer seelischen Behinderung bitte ärztliche Stellungnahme nach § 35a SGB VIII bzw. im Falle einer geistigen/körperlichen Behinderung fachärztliche Stellungnahme gemäß SGB IX beifügen.

Art der Behinderung

seelische Beh. gem. §35a SGB VIII

körperliche Behinderung

geistige Behinderung

Welche Teilleistungsschwäche wurde bei dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen festgestellt?

Dyskalkulie

Legasthenie

Was hat die Behinderung verursacht?

seit Geburt durch Unfall

durch Dritte durch Impfschaden

unbekannt sonstige Gründe:

(maximal 100 Zeichen)

Folgende Hilfsmittel werden bereits benötigt

Hörgeräte Rollator

Rollstuhl Katheter

Magensonde Windeln

Insulinpumpe

Beteiligte Ärzte und Therapeuten (Name, Anschrift)

Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten?

(z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung oder gesetzliche Unfallversicherung)

nein

ja, monatlich in Höhe von: EUR

ja, Abfindung in Höhe von: EUR

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?

(z.B. Frühförderung, Integration in die Kindertagesstätte, Hilfsmittel usw.)?

nein ja, bitte Angaben machen:

Welche Leistung?

Bei welchem Eingliederungshilfeträger?

Von

tt.mm.jjjj

Bis

tt.mm.jjjj

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Jugendhilfe bezogen?

(z.B. soziales Kompetenztraining, stationäre Jugendhilfe, Erziehungsbeistand usw.)

nein ja, bitte Angaben machen:

Welche Leistung?

Zuständiges Jugendamt

Von

tt.mm.jjjj

Bis

tt.mm.jjjj

10. Begründung des Antrages

Wir/Ich beantrage(n) Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche, weil...

(maximal 900 Zeichen)

Mit der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche soll erreicht werden, dass...

(maximal 900 Zeichen)

Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigung und ihre Auswirkungen auf den Alltag

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

(maximal 900 Zeichen)

11. 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
- Entbindung von der Schweigepflicht (Vorlage)
- Sorgerechtsklärung, ggf. Nachweis über Sorgerechtsregelung
- Geburtsurkunde
- Anlage Kostenerstattung/Nachweis über Bezug von SGB II/XII Leistungen

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

- ärztliche Schweigepflichtsentbindung
- Schulbericht
- Bericht der Kindertagesstätte
- Bericht der Betreuung
- Anerkennungsnachweis (z.B. Asylantragsstatus, Duldung u.a.)
- Nachweis über Pflegegrad
- Schwerbehindertenausweis/Bescheid
- Bestallung/Nachweis gesetzliche Betreuung

Im Falle einer **integrativer Lerntherapie** reichen Sie bitte zusätzlich ein:

- die letzten beiden Zeugnisse
- Schulbericht
- Fachliche Stellungnahme

Im Falle einer **Autismustherapie** reichen Sie bitte zusätzlich ein:

- Clearing oder Angebot des Therapiezentrums

Hinweis:

Bei stationären Leistungen nach § 35a SGB VIII oder Leistungen der sozialen Teilhabe nach dem SGB IX kann ein Kostenbeitrag erhoben werden.

Hierzu ist die Vorlage von entsprechenden Einkommens- und Vermögensnachweisen erforderlich.

Erklärung zum Antrag (bitte entsprechend ankreuzen)

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.

Ich bin darüber informiert, dass bei stationären Leistungen nach § 35a SGB VIII oder Leistungen der sozialen Teilhabe nach dem SGB IX ein Kostenbeitrag erhoben werden kann.

Hierzu ist die Vorlage von entsprechenden Einkommens- und Vermögensnachweisen erforderlich.

Bitte unterschreiben Sie den Antrag.

Der Antrag ist immer von **allen Sorgeberechtigten** zu unterschreiben. Bei zwei sorgeberechtigten Personen reicht die Unterschrift eines/r Sorgeberechtigten nicht aus.

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(en) von allen Sorgeberechtigten

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