

# Landkreis Zwickau

Antrag auf Hilfen im Rahmen des AMBULANT BETREUTEN WOHNENS gemäß § 67 SGB XII

NAME:  
AZ:

## Datenschutzrechtliche Hinweise

Mit dem Antragsformular Teil I und Teil II erhebt der Kostenträger (der LKZ als Leistungsträger) von Ihnen erforderliche Daten, um den Antrag auf eine Leistung des ambulant betreuten Wohnens nach §§ 9 und 67 SGB XII sozialhilferechtlich und fachlich abzuklären und Ihren individuellen Hilfebedarf zu ermitteln. Übermittelt werden dürfen Angaben von Ihnen nur, wenn ein Gesetz das vorschreibt oder zulässt oder sofern Sie als Antragsteller bzw. Ihr gesetzlicher Vertreter dazu das schriftliche Einverständnis erklärt haben.

Die an der Beantragung der Leistung sowie an der Leistungserbringung beteiligten Personen und Stellen sind zur Einhaltung der Vorschriften zum Sozialdatenschutz gem. § 35 SGB I und §§ 67ff. SGB X verpflichtet.

Nach § 60 SGB I ist der Antragsteller bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben (auch Unterlagen oder Beweismittel vorzulegen) und Veränderungen unverzüglich mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Kostenträgers (LKZ) der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte (z.B. einen Leistungserbringer/ eine Einrichtung) einschließlich der Vorlage von Unterlagen durch diese zuzustimmen. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Hilfe ganz oder teilweise versagt werden

Erstantrag

Folgeantrag

## Teil I

<b>nur bei Erstantrag</b>	<b>1. Personenbezogene Daten des/der Antragstellers/in</b>
	<b>2. Angaben zur Berufstätigkeit</b>
	<b>3. Wohnsituation vor Maßnahmebeginn</b>
	<b>4. Gesundheitssituation</b>
	<b>5. Bisher genutzte Hilfeangebote</b>
	<b>6. Soziales Netzwerk/Unterstützungssystem</b>
	<b>7. Sonstiges/Zusammenfassung der Anspruchsbegründenden Bedarfslage</b>
	<b>8. Einverständnis</b>
<b>bei Erst-, Folge- anträgen <u>und</u> Abschlussbericht</b>	<b>9. Unterstützungsbedarf (Teil II)</b>
<b>Datum/Ort der Erstellung des Fragebogens:</b>	
<b>Geplante Aufnahme zum:</b>	
<b>Aufnahme bereits erfolgt zum:</b>	
<b>Leistungserbringer:</b> Name des Leistungserbringers Ansprechpartner/-in Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort	

NAME:  
AZ:

### 1. Personenbezogene Daten des/der Antragstellers/in

<b>Name, Vorname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>Familienstand:</b>		<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	
<b>Nationalität:</b>		<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere, und zwar: _____  Aufenthaltsstatus: _____  (Die Kopie des Aufenthaltstitels ist beizufügen.)	
<b>Anschrift:</b>			
<b>Erhalten Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)?</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Gesetzliche Betreuung /Bevollmächtigte/r: (Betreuerausweis bitte beifügen)</b>			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, derzeit keine	<input type="checkbox"/> beantragt am:	
Name:		Anschrift:	
Umfang/ Aufgaben:		<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für: <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht	

### 2. Angaben zur Berufstätigkeit

<b>Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:</b>	bis:	
<b>Gegenwärtige Beschäftigung:</b> (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> angestellt bei: <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeitsgelegenheit <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ausbildung/Umschulung <input type="checkbox"/> Schüler/Student <input type="checkbox"/> berentet <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____

### 3. Wohnsituation

<b>Wohnsituation vor Maßnahmebeginn:</b>	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> bei Freunden/Verwandten/Bekanntem <input type="checkbox"/> ohne Wohnraum (z.B. auch Abriss Häuser, Laube) <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____	
<b>Es bestehen / bestanden bis</b> _____ :	<input type="checkbox"/> Mietschulden <input type="checkbox"/> Kündigung angedroht <input type="checkbox"/> mietwidriges Verhalten <input type="checkbox"/> Kündigung ausgesprochen <input type="checkbox"/> ungesicherter Wohnraum <input type="checkbox"/> Räumungsklage <input type="checkbox"/> Unzumutbare Umstände, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____	

<sup>1</sup> Arbeitsgelegenheit nach SGB II – sogenannter 1-Euro-Job

NAME:  
AZ:

**Gewöhnlicher Aufenthalt (gA):**

(Aufenthalt (Ort) in den **letzten 2 Monaten** vor Maßnahmebeginn/ vor in Anspruch genommenen Hilfen)

- entsprechend Anschrift
- stationäre Einrichtung; welche:
- 2 Monate vor letzter stationärer Einrichtung; wo (Ort):  
\_\_\_\_\_

**4. Gesundheitssituation**

**Bestehen gesundheitliche Probleme?**

- ja, in Form von: \_\_\_\_\_
- nein
- Angabe nicht möglich

**5. Genutzte Hilfeangebote der letzten 2 Jahre**

- Ambulant betreutes Wohnen von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Träger:
- Angebote des örtlichen Sozialhilfeträgers
- Angebote der Jugendhilfe (bei unter 27-Jährigen)
- Schuldnerberatung
- Suchtberatung
- Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

**6. Soziales Netzwerk / Unterstützungssystem**

**Soziale Isolation:**

- familiäre Unterstützung fehlt
- soziale Unterstützung fehlt (Beziehungsmangel bedingt den Mangel an sozialen Ressourcen)
- subjektive Einsamkeit (wenn Beziehungsmangel/Kontaktarmut als unangenehm empfunden werden)

**7. Sonstiges / Ergänzungen**

**Sonstiges:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

NAME:  
AZ:

## Zusammenfassung der Antragsbegründenden Bedarfslage

<p><b><u>Besondere Lebensverhältnisse:</u></b> Begründet in äußeren Umständen oder in der Person des Hilfesuchenden  (Mehrfachnennung möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> fehlender/unzureichender Wohnraum <input type="checkbox"/> ungesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage <input type="checkbox"/> gewaltgeprägte Lebensumstände <input type="checkbox"/> Entlassung aus geschlossener Einrichtung/oder bei vergleichbaren nachteiligen Umständen <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____</p>
<p><b><u>Soziale Schwierigkeiten:</u></b> Das Leben in der Gemeinschaft ist durch ausgrenzendes Verhalten des Hilfesuchenden oder eines Dritten wesentlich eingeschränkt im Zusammenhang mit:  (Mehrfachnennung möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Erhaltung/Beschaffung einer Wohnung <input type="checkbox"/> Erlangung oder Sicherung eines Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/> familiären oder sozialen Beziehungen <input type="checkbox"/> Straffälligkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____</p>

## 8. Einverständnis

Nach Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Hinweise am Anfang des Antragsformulars erklärt sich der Antragsteller bzw. der gesetzliche Vertreter damit einverstanden, dass

1. der Leistungserbringer das Antragsformular mit den erhobenen Daten (Original) an den Kostenträger weiterleitet

Ja  Nein

2. der Leistungserbringer eine Kopie des Antragsformulars in die Dokumentation aufnimmt

Ja  Nein

Sofern die Einwilligung zu 1. nicht erteilt wird, muss der Antragsteller bzw. sein gesetzlicher Vertreter den Antrag selbst an den LKZ schicken.

Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich erhalten.

Antragsteller/in

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in /Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Datenschutzinformation

### zum Antrag/Verfahren auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

- Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Erhebung beim Betroffenen

- Art. 14 DSGVO Erhebung bei anderen Stellen oder Dritten

#### 1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Der Landkreis Zwickau verarbeitet (insbesondere erhebt, übermittelt und speichert) Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines Antrages/Verfahrens auf Leistungen nach dem SGB XII – Sozialhilfe -.

#### 2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist

Landkreis Zwickau, Landratsamt  
Postfach 10 01 76, 08067 Zwickau  
Sozialamt  
E-Mail: [sozialamt@landkreis-zwickau.de](mailto:sozialamt@landkreis-zwickau.de)  
0375 4402-0

#### 3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landkreis Zwickau, Landratsamt  
Postfach 10 01 76, 08067 Zwickau  
Datenschutzbeauftragte/r  
E-Mail: [datenschutz@landkreis-zwickau.de](mailto:datenschutz@landkreis-zwickau.de)  
Tel.: 0375/4402-0

#### 4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

##### a) Zwecke der Verarbeitung:

Ihre Daten werden erhoben, um über Ihren geltend gemachten Leistungsanspruch auf Leistungen nach dem SGB XII rechtskonform entscheiden zu können.

##### b) Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 DSGVO in Verbindung mit dem SGB XII und Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verarbeitet.

#### 5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an

- im Zweiten Kapitel des SGB X genannte Stellen (gesetzliche Übermittlungsbefugnisse)
- mit der Abwicklung der Zahlung befasste Stellen innerhalb des Landkreises Zwickau, insbesondere die Kreiskasse
- mit der Erbringung von Sozialleistungen beauftragte Dritte, insbesondere Pflegedienste, Pflegeheime, Leistungserbringer der Behindertenhilfe, sonstige Leistungserbringer
- von der Erbringung von Sozialleistungen betroffene Dritte, insbesondere Schulen, weitere Kinder- sowie Bildungseinrichtungen, Essenanbieter, Vereine
- mit der Begutachtung beauftragte Dritte, insbesondere Gesundheitsämter, Rentenversicherungsträger, Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- zuständige Prüf- und Aufsichtsbehörde

## **6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland**

Ihre Daten werden nicht an Drittstaaten übermittelt.

## **7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Landkreis Zwickau so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Akten zu Leistungen nach dem SGB XII gemäß Aktenplan erforderlich ist, in der Regel 10 Jahre nach Abschluss des Aktenvorganges.

## **8. Betroffenenrechte**

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

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 die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Sächsischen Datenschutzbeauftragten.

## **9. Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten durch den Landkreis Zwickau durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

## **10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten**

Sie sind verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem SGB XII i. V. m. SGB I und SGB X.

Der Landkreis Zwickau benötigt Ihre Daten, um Leistungen nach dem SGB XII bearbeiten und über diese entscheiden zu können.

Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden und Leistungen nach dem SGB XII werden versagt/abgelehnt.

## **11. Möglichkeit der Datenerhebung bei anderen Stellen oder Dritten - Quelle der Daten**

Unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels SGB X, insbesondere § 67a SGB X können wir die sich aus dem Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII ergebenden erforderlichen Daten auch bei den in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) oder in § 69 Absatz 2 SGB X genannten Stellen oder bei anderen Personen oder Stellen erheben.