



## Ausfüllhinweise zum Antrag auf Sozialhilfe/Eingliederungshilfe

### Bogen (A) - Angehörige

Der vorliegende Bogen (A) dient der Erfassung Ihrer Angehörigen, die mit Ihnen in einem Haushalt leben und eigenes Einkommen erzielen sowie jeden Mitantragsteller (insb. Ehegatten/ Lebenspartner). Eine vollständige Benennung des Familienstandes ist für eine korrekte Ermittlung Ihres Bedarfes **zwingend** notwendig.

Entscheidend ist insbesondere die Frage, ob Sie mit Ihrem/Ihren Angehörigen **in einem Haushalt leben** (II./1.). Dies ist dann der Fall, wenn Sie und Ihr Angehöriger Räume gemeinsam nutzen, wesentliche Bestandteile des täglichen Lebens gemeinsam erledigt bzw. verantwortet werden und davon ausgegangen werden kann, dass Einkommen und Vermögen wechselseitig verwendet wird.

Sofern bei einzelnen Punkten des Antrages nicht genügend Platz vorhanden sein sollte, verwenden Sie bitte **ein Zusatzblatt** und **kennzeichnen** es mit der entsprechenden Abschnittsüberschrift, z.B. „Persönliche Verhältnisse - Stammdaten“.

Die **notwendigen Nachweise** entnehmen Sie bitte der grau unterlegten Spalte auf jeder Seite des Bogens. Legen Sie diese bitte dem ausgefüllten Antrag im Original anbei oder legen Sie die Nachweise bei einer persönlichen Vorsprache zur Einsichtnahme vor.

Um über Ihren Sozialhilfeantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), die Datenverarbeitung nach § 67b SGB X.

#### **ACHTUNG:**

Die grau hinterlegte Spalte wird nur für hausinterne Zwecke benötigt. Streichungen sind nicht ausreichend und führen zu zeitintensiven und verfahrensverzögernden Nachfragen!

Sofern Sie diesen Termin nicht einhalten können, kontaktieren Sie uns bitte zur Vereinbarung einer möglichen Fristverlängerung:

Servicetelefon: 03843/755-50999

<b>Landkreis Rostock</b> <b>Der Landrat</b> Außenstelle Bad Doberan Sozialamt August-Bebel-Str. 3 18209 Bad Doberan	<b>Sachbearbeiter/in:</b>  	<b>Aktenzeichen/Org.:</b>  /
	<b>ausgegeben am:</b>  	<b>eingegangen am:</b>  

## Antrag auf Sozialhilfe / Eingliederungshilfe Angehörige (A)

Name, Vorname des <b>Hauptantragstellers</b> <hr/>	<b>Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!</b>
<b>I. Persönliche Verhältnisse – Angehöriger</b>	
Name, Vorname des Angehörigen <hr/>	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Personalausweis, Reisepass, sonstiges gültiges Lichtbilddokument
Geburtsdatum <hr/>	
Straße/ Hausnummer/ Zusatz <hr/>	
Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil <hr/>	
Telefon/ Handy und E-Mail <hr/>	
<b>Staatsangehörigkeit</b> <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere _____ Welcher Aufenthaltsstatus?	<input type="checkbox"/> bei „andere:“ gültiges Lichtbilddokument, insbesondere Fiktionsbescheinigung <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit:	<input type="checkbox"/> Heiratsurkunde <input type="checkbox"/> Scheidungsurkunde <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde
<b>Schwerbehinderung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, laut Bescheid gültig bis: _____ Falls ja, Merkzeichen <input type="checkbox"/> G/ aG <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis/ Feststellungsbescheid

<p><b>Besteht ein Pflegegrad?</b>  Ja, Pflegegrad: _____  Laut Bescheid der Pflegekasse vom: _____  <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am: _____</p>	<input type="checkbox"/> Gutachten MDK <input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegekasse
--	---

<b>II. Allgemeine Angaben – Angehöriger</b>	<b>Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!</b>
<p><b>Lebt der Angehörige mit dem Hauptantragsteller</b>  <input type="checkbox"/> in einem gemeinsamen Haushalt?  <input type="checkbox"/> in getrennten Haushalten?</p>	
<p><b>Verhältnis zum Antragsteller</b>  <input type="checkbox"/> Ehepartner/ eheähnliche Gemeinschaft  <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden/ ehemaliger Partner  <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstige:</p>	<input type="checkbox"/> Heiratsurkunde <input type="checkbox"/> Scheidungsurteil <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde
<p><b>Besteht ein Unterhaltsanspruch des Antragsstellers?</b>  <input type="checkbox"/> ja, gerichtlich festgestellt  <input type="checkbox"/> ja, nachgewiesen durch andere öffentliche Urkunde / Vertrag  <input type="checkbox"/> nein, aber ein gerichtliches Verfahren wurde eingeleitet  <input type="checkbox"/> nein</p>	<input type="checkbox"/> Unterhaltstitel <input type="checkbox"/> andere öffentliche Urkunde <input type="checkbox"/> Vertrag zur Regelung bestehender Unterhaltsansprüche
<p><b>Ist der Angehörige innerhalb der letzten drei Monate umgezogen oder ist ein Umzug geplant?</b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Wenn ja, wann/wohin? _____  _____</p>	<input type="checkbox"/> Datum des Umzugs <input type="checkbox"/> Nennung des Ausgangs-/ Zielortes

<b>III. Leistungen/Ansprüche – Angehöriger</b>	<b>Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!</b>
<p>Wurden bereits Leistungen der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Ja, zuletzt vom _____ bis _____  Behörde: _____  Welche Leistung(en): _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Wird/wurde ALG II bezogen („Hartz 4“)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Ja, zuletzt vom _____ bis _____  Jobcenter: _____</p>	
<p>Erhalten Sie Leistungen durch ein Jugendamt, z.B. Hilfe zur Erziehung etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____</p>	

Wird eine Fördergruppe besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wird eine Tagesstätte besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Kranken- und Pflegeversicherung (gesetzlich/freiwillig) bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, etc.) <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Welche? _____	
KV-Nr.: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine <u>gesetzliche</u> Krankenkasse, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Besteht eine <b>private</b> Kranken- und Pflegeversicherung ODER Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> ja	
Welche? _____	
KV-Nr.: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine <b>private</b> Krankenversicherung, z.B. Krankengeld, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine Pflegekasse, z.B. Pflegegeld, Sachleistungen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Werden oder wurden Beiträge in die <b>gesetzliche</b> Rentenversicherung oder Altersvorsorge der Landwirte eingezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Werden oder wurden Beiträge für Versorgungswerke oder private Rentenversicherungsverträge entrichtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Leistungen aus der <b>gesetzlichen/privaten</b> Rentenversicherung, z.B. Renten, Sachleistungen, Assistenzen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Ist der Antrag auf Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeleistungen aufgrund eines Unfalls notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>

Haben Sie einen Impfschaden erlitten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erhalten Sie Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Leistungen nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (z.B. SED-Opferrente)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Berufsausbildungsbeihilfe oder BAföG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Unterhaltsvorschuss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Kindergeld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Wohngeld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/>
Bestehen Unterhaltstitel oder wird Unterhalt geleistet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Gerichtl. o. sonst. Unterhaltstitel
Erhalten Sie Leistungen durch die Bundesagentur für Arbeit, z.B. ALG I, Fördermaßnahmen, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch eine Unfallkasse/ Berufsgenossenschaft, z.B. Bezüge, Kuren, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	
Erhalten Sie Leistungen durch ein Integrations-/Inklusionsamt, z.B. Assistenzleistungen, Hilfsmittel, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/> Beitragsbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag

Erhalten Sie andere, bisher nicht aufgeführte Leistungen, haben Sie solche beantragt oder sind Sie der Auffassung, dass diese Ihnen zustehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, <b>aber</b> beantragt am/bei: _____	<input type="checkbox"/> Konkrete Benennung und Begründung auf gesondertem Blatt
---	--

<b>IV. Angaben zum Einkommen – Angehöriger</b>	<b>Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!</b>
Nichtselbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Steuererklärung des Vorjahres <b>UND</b> des Vorvorjahres <input type="checkbox"/> ausgefüllter Bogen ES <input type="checkbox"/> Gehaltsnachweise der letzten 12 Monate, lückenlos <input type="checkbox"/> Konkrete Benennung sonstiger Einkünfte auf gesondertem Blatt
Selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-/minderungsrente <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Andere: _____	
Arbeitsbereich Werkstatt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Außenarbeitsplatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pensionen/ Ruhegelder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Land-/ Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermietung/ Verpachtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Steuererstattungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Einkünfte und geldwerte Vorteile <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zinsen, Dividenden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>V. Absetzungen vom Einkommen – Angehöriger</b>	<b>Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!</b>
Beitrag Haftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> jeweils letzte/ aktuelle Beitragsbescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherungsvertrag
Beitrag Hausratversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Werden Beiträge für Sterbegeldversicherungen/-vorsorgeverträge entrichtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aufwendungen für Arbeitsmittel (inklusive Arbeitsbekleidung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn ja, konkrete Benennung auf gesondertem Blatt!</b>	<input type="checkbox"/>

Fahrkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Distanz in km zwischen Wohnung und Arbeitsstätte _____ Anzahl der Tage pro Woche, an denen diese Strecke zurückgelegt wird _____ Mit welchem Verkehrsmittel/ Mitfahrgelegenheit wird der Weg zur Arbeit bewältigt? _____	<input type="checkbox"/>
Beiträge zu Berufsverbänden / Gewerkschaften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige notwendige Ausgaben für die Erzielung von Einkommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Konkrete Benennung und Begründung auf gesondertem Blatt

<b>VI. Vermögensauskunft – Angehöriger</b>	<b>Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!</b>
Bargeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, aktueller Stand: _____	<input type="checkbox"/> Selbstauskunft auf gesondertem Blatt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Summe vorhandenes Bargeld,</li> <li>- lückenlose Aufstellung aller Sachwerte,</li> <li>- lückenlose Aufstellung aller Konten, Wertpapiere / Sparbücher.</li> </ul> <input type="checkbox"/> Girokontoauszüge der letzten 3 Monate (lückenlos und ungeschwärzt)
Sachwerte (Schmuck, Antiquitäten, Edelmetalle, Münzen, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, was/Wert: _____	
Girokonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ 2. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ <b>Bei weiteren Konten bitte Extrablatt verwenden!</b>	
Sparkonten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ 2. IBAN: _____ BIC: _____ Kontostand: _____ <b>Bei weiteren Konten bitte Extrablatt verwenden!</b>	

Sparbücher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wie viele: _____ aktuelle Stände: _____	
Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Sparbuchauszüge der letzten 10 Jahre (lückenlos und ungeschwärzt)
Sparverträge, Bausparverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungen (z.B. Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Rückkaufswert(e): _____	<input type="checkbox"/> Bauspar-/Versicherungsverträge
Bestattungsvorsorgeverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welches Bestattungshaus: _____	<input type="checkbox"/> vollständige Policen  <input type="checkbox"/> vollständiger Vertrag
Kraftfahrzeug(e) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, aktueller Wert: _____ <b>Bitte Angaben für das im Haushalt befindliche KFZ ausfüllen</b>	<input type="checkbox"/> Zulassung Teil II, km-Stand
Häuser, Grundstücke, Erbbau- und Wohnrechte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Notarieller Vertrag <input type="checkbox"/> Grundbuchauszüge
Sonstige Vermögenswerte (z.B. Mietkautionen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Konkrete Benennung des Vermögens inkl. Wert unter „Bemerkungen/Erklärungen zu einzelnen Angaben“</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Konkrete Benennung des verschenkten Vermögens, der Beschenkten und des Zeitraumes unter „Bemerkungen/Erklärungen zu einzelnen Angaben“</b>	

Bemerkungen/ Erklärungen zu einzelnen Angaben:

---



---



---



---



---



---



---



---



## VII. Schlusserklärungen, Unterschriften

### Datenschutz (bitte gesondert unterschreiben!)

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch X – SGB X in Verbindung mit den Bestimmungen des SGB XII. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu. Sofern von einem anderen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, werden die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger angefordert. Vorstehende Ausführungen gelten auch für Erbringer von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II - SGB II und andere Rehabilitations- sowie Sozialleistungsträger.

Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträgers bzw. des Erbringers von Leistungen nach dem SGB II oder von Rehabilitations- bzw. Sozialleistungen ärztliche Berichte/ Gutachten/ Befunde oder Einkommens- oder Vermögens bzw. sonstige Nachweise befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, **so erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten Träger diese an den zuständigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger weiterleiten dürfen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/ Sorgeberechtigter 1

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in/ Lebensgefährtin/ Sorgeberechtigter 2

### Erklärung zur Wahrheit der getätigten Angaben

**Ich versichere mit meiner Unterschrift**, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

### Erklärung zu Mitwirkungspflichten

**Ich versichere mit meiner Unterschrift**, dass mir bekannt ist, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. **Mir ist ferner bekannt**, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

### Erklärung Kenntnisnahme Merkblätter in der Anlage,

#### Erhalt Informationsblatt nach Art. 13 DS-GVO

**Ich versichere mit meiner Unterschrift**, dass ich die als Anlagen beigefügten Merkblätter zur Mitwirkungspflicht und Strafbarkeit falscher Angaben zur Kenntnis genommen und verstanden habe. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt des Informationsblattes nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Antragsteller/

Betreuer/

Bevollmächtigter/

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aufnehmende/-r

# Informationen

## nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung	Ansprechpartner
Landkreis Rostock Der Landrat Am Wall 3-5 18273 Güstrow www.landkreis-rostock.de	Sozialamt Amtsleiterbereich Geschäftsstelle Telefon: <b>03843/755 - 50999</b> E-Mail: <b>sozialamt@lkros.de</b>
Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten	
Landkreis Rostock Datenschutzbeauftragter Am Wall 3-5, 18273 Güstrow	Telefon: 03843 / 755 - 30001 E-Mail: datenschutz@lkros.de
Zweck der Datenverarbeitung:	
– Bearbeitung von Verfahren der Sozialhilfe (SGB XII), des Landesblindengeldgesetzes M-V (LBIGG M-V), der Kriegsopferfürsorge (KOF), des Unterhaltssicherungsgesetzes (USG), des Pflegewohngeldes M-V (§ 9 LPflegeG M-V) sowie des beruflichen Rehabilitationsgesetzes (BerRehaG)	
Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:	
– Art. 6 Abs. 1 lit. c. DS-GVO i.V.m. <ul style="list-style-type: none"><li>○ SGB IX, SGB XII, KOF: §§ 67a ff. SGB X</li><li>○ § 9 LPflegeG M-V: § 12 Abs. 4 S. 4 LPflegeG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X</li><li>○ LBIGG M-V: § 10 LBIGG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X</li><li>○ BerRehaG: § 19 BerRehaG i.V.m. §§ 1 ff. BDSG</li><li>○ USG: §§ 1 ff. BDSG</li></ul>	
Folgen bei Nichtbereitstellung der Daten durch die betroffene Person:	
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, für einen Vertragsabschluss erforderlich oder die betroffene Person ist verpflichtet die personenbezogenen Daten zur Antragsbearbeitung bereitzustellen.	
Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung bzw. Zurückhaltung von personenbezogenen Daten sind:	
Die Bearbeitung ist nicht oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung möglich.	
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:	
– Leistungsempfänger/gesetzliche Vertreter/Bevollmächtigte, Unterhaltsverpflichtete/Erben, Sozialleistungsträger/Behörden/Gerichte, Leistungsanbieter, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Statistisches Landesamt M-V.	
Geplante Datenübermittlung in ein Drittland oder an eine internationale Organisation	
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, weitere Informationen gem. Art. 13 Abs. 1 lit. f) bzw. Art. 14 Abs. 1 lit. f) DS-GVO	
Speicherdauer der Daten, bzw. die Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer:	
– Die Speicherdauer für die erhobenen Daten richtet sich unter Beachtung gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Aufbewahrungsfristen nach Art. 5 Abs. 1 lit. e DS-GVO i.V.m. § 76b SGB X bzw. §§ 1 ff. BDSG.	
Information zu Betroffenenrechten	
Auf <b>Ihre Rechte</b> zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlagen hierfür sind die Art. 15 bis 21 DS-GVO.	
Beruht die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.	
Sie haben das Recht Beschwerden beim Landesbeauftragten für Datenschutz zu erheben. Postanschrift: Schloss Schwerin, Lennéstraße 1, 19053 Schwerin, Tel.: 0385 / 59494-0 oder E-Mail: <a href="mailto:info@datenschutz-mv.de">info@datenschutz-mv.de</a> .	