

Eingang:	Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung / Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) ab	Aktenzeichen:
----------	--	---------------

Hinweis:

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Wissentlich falsche und unvollständige Angaben können strafrechtlich verfolgt werden, § 263 Strafgesetzbuch (StGB). Zu Unrecht erhaltene Hilfe muss zurückgezahlt werden.

	1. Person	2. Person		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft		
Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname				
Geburtsdatum				
Anschrift: (freiwillig: Telefon)				
aktuelle Bankverbindung	<input type="checkbox"/> wie bisher			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr.-leb. Ehe <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> LP aufgeh.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr.-leb. Ehe <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> LP aufgeh.		
	seit:	seit:		
Zahl der Personen in der Wohnung				
Unterkunftskosten				
Kaltmiete:				
Nebenkosten:				
Heizkosten:				
(bitte Nachweise/ Abrechnungen beifügen)				
Betreuer(in)				
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	beantragt am
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
	Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Merkzeichen G oder aG ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein Schwangerschaftswoche nachweisen!	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> nein Schwangerschaftswoche nachweisen!
Sind sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt auf separatem Blatt angeben! <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein
Einkommen (bitte Nachweise der letzten 12 Monate beifügen)		
vom Einkommen abzusetzende Beträge (z.B. Steuern, Versicherungen, berufsbedingte Aufwendungen, etc.) (bitte Nachw. beifügen)		
Vermögen (bitte Nachw. beifügen)		
Gegenüber meinem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte erläutern und nachweisen!
Zusätzlich sind Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate beizufügen!!!		
Erklärung		
Den Antrag habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Person habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten hat diese Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. 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, werde ich unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.		
	1. Person	2. Person
Datum		
Unterschrift		

Hinweis gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:
Bezirk Mittelfranken
Danziger Str. 5
91522 Ansbach
Tel.: 0981/4664-0
E-Mail: sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Mittelfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

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, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

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, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Mittelfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Mittelfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0981/4664-1040 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutz@bezirk-mittelfranken.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de)