

91511 Ansbach



**Sozialleistungen für
 Aktenzeichen/Aktennummer**

| Persönliche Angaben | Antragsteller/in | | Nicht getrennt lebende Lebenspartner, minderjährige Kinder und/oder Eltern die im Haushalt leben | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Vorname: <input type="checkbox"/> männlich ♂ <input type="checkbox"/> weiblich ♀ | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Verwandtschaftsverhältnis: | ----- | ..... | ..... | ..... |
| Geburtsdatum: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Geburtsort: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Staatsangehörigkeit: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Familienstand: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Anschrift: | ..... |  |  |  |
| Heimunterbringung? Wohnort vor der Heimunterbringung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kostenträger:) | | | |
| Telefon: | ..... |  |  |  |
| Wirtschaftl. Verhältnisse (Bitte <u>Nachweise</u> beifügen!) | Antragsteller/in | | Nicht getrennt lebende Lebenspartner, minderjährige Kinder und/oder Eltern die im Haushalt leben | |
| Arbeitseinkommen (netto) | ..... | ..... | ..... | ..... |
| (z. B. Rente, Erwerbseinkommen, Pension, Miet-/Pachteinnahmen usw.) | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | | | | |
| Erhalten Sie Leistungen vom Versorgungsamt (z. B. BVG - Rente (Bundesversorgungsgesetz)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Sparguthaben: | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Sonstige Vermögenswerte: (Lebens- u. Sterbegeldversicherungen ,Aktien, etc.) | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Grund- u. Hausbesitz: Verkehrswert:€ selbstbewohnt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrswert:€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrswert:€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrswert:€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrswert:€ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte abgegeben / verschenkt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art:..... | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art:..... | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art:..... | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art:..... |

Wurde für den Antragsteller eine **Betreuung** verfügt oder beantragt bzw. besteht eine **Vollmacht**?

ja nein

falls ja, Name und Anschrift des Betreuers / Bevollmächtigten:

.....
(Kopie des Betreuerausweises bitte vorlegen)

Für welche Zwecke benötigen Sie den Behindertenfahrdienst?

.....
.....

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja nein (wenn nein; bitte ärztliches Attest beifügen)

- gültig bis

- Merkzeichen: B G H RF aG BI GI Rollstuhl? ja nein

- Grad der Behinderung (GdB):

Sind Sie im Besitz einer Wertmarke zur kostenlosen Beförderung im öffentl. Personennahverkehr? ja nein

(Kopie des Ausweises und des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes bitte beilegen)

Sind Sie in der Lage öffentliche Verkehrsmittel in erforderlichem Umfang zu benutzen?

ja nein

wenn **nein**, bitte Gründe anführen:

.....
.....

Benötigen Sie ein Spezialfahrzeug (rollstuhlgerecht)?

ja nein

wenn **ja**, bitte Gründe anführen:

.....
.....

Ist im Haushalt ein Kraftfahrzeug vorhanden? ja nein

wenn **ja**:

wurde das Kraftfahrzeug öffentlich bezuschusst? ja nein

Kann das Kraftfahrzeug in erforderlichem Umfang benutzt werden? ja nein

wenn **nein**, bitte Gründe anführen:

.....
.....

Welche Leistungsalternative (Einzelfahrten oder Kilometerpauschale) wählen Sie?

Ich wähle als Leistung:

Einzelfahrten **oder** **Kilometerpauschale**
(120 Einzelfahrten pro Bewilligungsjahr; max. 50 Km/ Fahrt) (1.500 Kilometer für Bewohner einer kreisfreien Stadt
2.400 Kilometer für Bewohner eines Landkreises)

Mir ist bekannt, dass ein Wechsel zwischen den beiden Leistungsalternativen nur zu Beginn eines neuen Bewilligungszeitraums möglich ist.

Ich versichere ausdrücklich, dass alle vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.

Falsche oder unvollständige Angaben können strafbar sein und zur Rückforderung geleisteter Hilfen, auch gegenüber eventueller Erben führen. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinen Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, auch meiner nicht getrennt lebenden Lebenspartner und im Haushalt lebender Eltern und Kinder, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen (§ 60 SGB I). Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters /in

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)