

Absender:  
(Maßnahmeträger)

Bezirk Mittelfranken  
-Sozialreferat-  
Danziger Str. 5  
91522 Ansbach

## Freizeitmaßnahme in der ambulanten Eingliederungshilfe

Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 55, 58 SGB IX)

für Name, Vorname	Geb.-Datum
-------------------	------------

Die oben genannte behinderte Antragstellerin bzw. der oben genannte behinderte Antragsteller nimmt in der Zeit vom

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an einer Freizeitmaßnahme

- mit Begegnungsmaßnahme(n)  
 mit Menschen ohne Behinderung  
 mit Menschen mit Behinderung

in

\_\_\_\_\_  
(Ort, Land, Träger der Einrichtung) \_\_\_\_\_ teil.

Die Maßnahme ist auf die besonderen Bedürfnisse der teilnehmenden behinderten Menschen abgestellt und erfolgt unter Mitwirkung von Fachkräften oder von in der Behindertenarbeit erfahrenen Personen. Sie beinhaltet aktive integrationsbezogene Arbeit innerhalb der Gruppe und/oder Kontakte zur Bevölkerung.

Ja  Nein

Anzahl der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer an der Maßnahme:

\_\_\_\_\_ Menschen mit Behinderungen, \_\_\_\_\_ Menschen ohne Behinderungen; \_\_\_\_\_ Betreuungspersonen.

Folgende Kosten fallen an:

\_\_\_\_\_ Tage á \_\_\_\_\_ €, insgesamt \_\_\_\_\_ €

abzüglich öffentl.-rechtliche Zuschüsse \_\_\_\_\_ €  
Private Zuschüsse \_\_\_\_\_ €

ungedeckter Kostenanteil \_\_\_\_\_ €

Dem Antrag liegt eine Übersicht über die geplante Gesamtfinanzierung sowie eine ausführliche Beschreibung des geplanten Ablaufprogramms der Freizeitmaßnahme bei.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Sozialhilfeantrag (gekürzt)

auf Übernahme von Kosten für eine Freizeitmaßnahme in der ambulanten Eingliederungshilfe

## 1. Persönliche Verhältnisse der Hilfesuchenden bzw. des Hilfesuchenden

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geb.-Datum</b>	<b>Geburtsort und -land</b>
<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Familienstand</b>	<b>Beruf</b>
<b>Anschrift</b>		<b>Telefon</b>
<b>Personalien, Anschrift, Telefon der evtl. gesetzliche Betreuerin bzw. des evtl. gesetzlichen Betreuers</b>		
<b>Art der Behinderung</b> Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen		

## 2. Wirtschaftliche Verhältnisse

**Folgende Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII) werden bezogen**  
Bitte über diese Angaben Belege beifügen

Hilfe zum Lebensunterhalt                       Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung  
 Hilfe zur Pflege  
 andere Sozialleistungen (z.B. Renten, Zivilblindenpflegegeld)  
 Bitte Art und Höhe angeben:

<b>Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber</b>	<b>Krankenkasse</b>
falls WfbM: <input type="checkbox"/> Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich	

**Nettoeinkommen** (mtl., Art) Bitte über diese Angaben Belege beifügen

**Vermögen** (Barmittel, Spar- oder Bankguthaben, Grund- und Hausbesitz, Wertpapiere, Erbansprüche)  
Bitte über diese Angaben Belege beifügen

**Miete (oder Belastungen für Eigenheim oder Eigentumswohnung) ohne Heizkostenpauschale**  
Bitte über diese Angaben Belege beifügen

mtl. \_\_\_\_\_ €

Wohngeld \_\_\_\_\_ €, Untermieteinnahmen \_\_\_\_\_ € (leer/möbliert)

## 3. Familienverhältnisse

Zu- und Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis	Staats-angeh.	Beruf, Arbeitsstelle	Einkommen (Art und Höhe)	Vermögen (Art und Höhe)
<b>Angehörige im Haushalt</b>						

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers oder Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit – z.B. Krankenhausaufenthalte), (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen der fehlenden Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

## **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](mailto: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](mailto: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](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de))