


Landkreis Mecklenburgische Seenplatte Der Landrat Regionalstandort: Neubrandenburg Friedrich-Engels-Ring 53 17033 Neubrandenburg Postanschrift: Landkreis Mecklenburgische Seenplatte Platanenstr. 43 17033 Neubrandenburg		Sachbearbeiter/in:	ausgegeben am:
		Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

I. Antrag auf Eingliederungshilfe
--

Für wird
(Name, Vorname)

Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) beantragt,

und zwar (Art der beantragten Leistung):

<input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Teilhabe am Arbeitsleben
<input type="checkbox"/> Teilhabe an Bildung	<input type="checkbox"/> soziale Teilhabe

Begründung des Antrags (ggf. weiteres Blatt nutzen):

Füllen Sie den Vordruck bitte sorgfältig und vollständig aus! Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen! Nichtzutreffendes ist zu streichen!

II. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen
--

	Antragsteller/in	Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in
Name		
Vorname(n)		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Anschrift:		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon		
E-Mail-Adresse		
Ausweispapiere (Art und Nummer)		
Familienstand (Zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
bei Ausländern: Aufenthaltsstatus		
Steuer-ID		

Sozialversicherungsnummer		
----------------------------------	--	--

Schwerbehindertenausweis gültig bis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Grad der Behinderung:	GdB:		GdB:			
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> RF
	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> H
Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter: (Vorname, Name)						
Anschrift:						
PLZ, Ort:						
Telefon:						
E-Mail-Adresse:						
Pflegebedürftigkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Pflegegrad: _____		Pflegegrad: _____			
Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	am: _____		am: _____			
Krankversicherung (Name und Anschrift)						
Versicherungsnummer						
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung		<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung			
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung		<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung			
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung		<input type="checkbox"/> Familienversicherung			
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung		<input type="checkbox"/> Private Versicherung			

III. Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern im Haushalt der antragstellenden Person und des Partners bzw. der Partnerin

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Familienname				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern: Aufenthaltsstatus				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person				
Steuer-ID				
Kindergeldnummer der Familienkasse				

IV. Einkommen

	Antragsteller/in	Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in
	in Euro	in Euro
1. Bezug von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes wenn ja : bitte ausfüllen bei nein : weiter mit 2.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld		
Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem dem Dritten Kapitel SGB XII		
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII		
Sonstiges		
2. Einkünfte des Vorvorjahres (Jahresbetrag)	Bitte Einkommenssteuerbescheid <u>des Vorvorjahres</u> beifügen!	
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft		
Einkünfte aus Gewerbebetrieb		
Einkünfte aus selbständiger Arbeit		
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit		
Einkünfte aus Kapitalvermögen		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung		
Sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG (ohne Renteneinkünfte)		
3. Renteneinkünfte des Vorvorjahres (Jahresbetrag)	Bitte Rentenbescheid/ Rentenbezugsmitteilung <u>des Vorvorjahres</u> und <u>des laufenden Jahres</u> beifügen!	
Renteneinkünfte (Bruttobetrag) aus:		
- der gesetzlichen Rentenversicherung		
- der landwirtschaftlichen Alterskasse		
- der berufsständischen Versorgungseinrichtung		
- Rentenversicherungen zum Aufbau einer kapitalgedeckten Altersversorgung		
- Rentenversicherung für eine Absicherung gegen den Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit		
- Altersvorsorgeverträgen		
- Pensionsfonds/Pensionskassen		
- Direktversicherungen		

4. erhebliche Änderungen des Einkommens gegenüber dem Vorvorjahr

Haben sich im Jahr der Antragstellung die Einkünfte bzw. die Renteneinkünfte gegenüber dem Vorjahr erheblich verändert?

- nein ja, und zwar wie folgt:
 (Bitte Jahresbeträge für das laufende Kalenderjahr angeben)

	Antragsteller/in	Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in
	in Euro	in Euro
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft		
Einkünfte aus Gewerbebetrieb		
Einkünfte aus selbständiger Arbeit		
Einkünfte aus Kapitalvermögen		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung		
Sonstige Einkünfte (ohne Renteneinkünfte)		
Renteneinkünfte (brutto)		
Bei den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind die <u>voraussichtlichen Einnahmen</u> und die <u>voraussichtlichen Werbungskosten</u> getrennt voneinander zu benennen (Jahresbeträge)		
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit		
Werbungskosten im Zusammenhang der nichtselbständigen Beschäftigung entstehen wie folgt:		
Entfernungspauschale zwischen Wohnung und Arbeitsstättekm einfache Entfernung an Tagen pro Woche km einfache Entfernung anTagen pro Woche
Beiträge zu Berufsverbänden		
Arbeitsmittel		
Fortbildungskosten		
Reisekosten für Auswärtstätigkeiten		
Weitere Werbungskosten		

V. Vermögen

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

- nein
 ja

--

Art des Vermögens (in Euro)	Antragsteller/in
Bargeld	
Guthaben auf Konten	
	IBAN
	Kreditinstitut
Wertpapiere (bitte Art benennen)	
	Kurswert
	Nennwert
Ansprüche aus Kapitalversicherungen (bitte Art und Versicherungsunternehmen benennen)	
	Versicherungssumme
	aktueller Rückkaufswert
Grundstücke (bitte Grundstücksbezeichnung benennen und Grundbuchauszüge beifügen)	
	Verkehrswert
	aktuelle Nutzung
Kraftfahrzeuge	
	Hersteller und -typ
	Baujahr
Sonstiges Vermögen	
	Art des Vermögens
	Art des Vermögens

VI. Sonstige Verhältnisse der antragstellenden Person

Haben Sie für denselben Zweck bereits einen Antrag auf Erbringung von Rehabilitationsleistungen bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellt?

vorrangige Sozialleistungen/ Leistungen anderer Rehabilitationsträger		Wann und wo wurde der Antrag gestellt? (bitte Antragsdatum, Institution, Aktenzeichen benennen)
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der Kriegsopferversorgung- und fürsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wurde bei Ihnen bereits das Bestehen einer Behinderung festgestellt?
(falls ja, bitte Gutachten beifügen)

nein ja, und zwar wie folgt:

Bezeichnung/ Diagnose	festgestellt am	Ursache (z. B. Unfall)

Wurde bei Ihnen bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit festgestellt?
(falls ja, bitte Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers beifügen)

nein ja

Beziehen Sie Leistungen der Pflegekasse?
(falls ja, bitte Feststellungsbescheid der Pflegekasse beifügen)

nein ja, und zwar wie folgt:

Pflegegrad	Name der Pflegekasse	Art und Höhe der monatlichen Leistung (in Euro)

Haben Sie bereits in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?

nein ja, und zwar

Zeitraum (von – bis)	durch (Träger der Eingliederungshilfe angeben)

In den zwei Monaten vor Antragstellung habe ich mich unter der unter Punkt II genannten Adresse aufgehalten.

ja nein, ich habe mich unter folgender Adresse aufgehalten:

Zeitraum (von – bis)	Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe als Persönliches Budget erbracht werden?

Hinweis: Die Feststellung, ob die Leistungen der Eingliederungshilfe als Persönliches Budget gewährt werden können, erfolgt im Rahmen des Gesamtplanverfahrens.

ja nein

Die zu erbringenden Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

BIC	IBAN	Name des Kreditinstituts

Kontoinhaber/in

VIII. Erklärung der antragstellenden Person (oder des gesetzlichen Vertreters)

Wahrheit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen und lückenlos sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zu strafrechtlicher Verfolgung führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Mitwirkungspflicht

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärung abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen habe.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), die Datenverarbeitung nach § 67b SGB X. Falls eine beteiligte Person die getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, kann dies über einen weiteren Antragsvordruck geschehen.

Die als Anlage beigefügten Merkblätter

- Informationen zum Datenschutz
- Merkblatt für Leistungsberechtigte nach dem SGB IX - Mitwirkungspflicht
- Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

habe ich zur Kenntnis genommen und mit meiner Unterschrift bestätigt.

Bitte senden Sie die ausgefüllte Erklärung über die Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht gemeinsam mit dem Antrag an das Sozialamt zurück!

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzlicher Vertreter

IX. Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU DS-GVO

Rechtsgrundlagen zur Datenverarbeitung

Wir verarbeiten personenbezogene Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU DS-GVO), der Sozialgesetzbücher (insbesondere des SGB I, SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII) und, soweit einschlägig, nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), den datenschutzrechtlichen Regelungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern und weiteren, einschlägigen Gesetzen.

Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX stellen, benötigen wir hierfür von Ihnen personenbezogene Daten vor der Antragsbearbeitung und zur Entscheidung über eine Leistungsgewährung auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 DS-GVO, soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist. Der Umfang der Datenerhebung ergibt sich aus Ihrem konkreten Antrag auf eine Leistung der Eingliederungshilfe.

Zweck der Datenverarbeitung

Soweit es für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Eingliederungshilfe erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, gespeichert und übertragen). Ihre Daten werden erhoben, um prüfen zu können, ob ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe besteht und um bestehende Ansprüche erfüllen zu können. Werden Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt, können Ihre Daten darüber hinaus zur Prüfung, Geltendmachung und Durchsetzung potenzieller Rückforderungsansprüche sowie zur Sicherung von Rückforderungsansprüchen gespeichert und genutzt werden.

Die für die Bearbeitung des Antrages erhobenen Daten werden in anonymisierter Form (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Bundes- und Landesstatistik bzw. den Teilhabeverfahrensbericht verwendet. Die Daten dürfen hierfür an das Statistische Amt Mecklenburg-Vorpommern, das Statistische Bundesamt sowie an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation und das Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern übermittelt werden.

Sollten Sie Ihre erforderlichen personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, werden die Leistung bis zur Nachholung Ihrer Mitwirkung ganz oder teilweise versagt oder entzogen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Siehe Merkblatt für Leistungsberechtigte nach dem SGB IX – Mitwirkungspflicht - Folgen fehlender Mitwirkung. (Vgl. § 66 SGB I)

Speicherdauer, Empfänger und Kategorien personenbezogener Daten

Es werden allgemeine personenbezogene Daten und gegebenenfalls Gesundheitsdaten verarbeitet. Grundsätzlich besteht eine Aufbewahrungspflicht so lange, wie es zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Ihre Daten werden der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) entsprechend jedoch bis zu 30 Jahre nach Beendigung des Leistungsbezuges bzw. des Aktenvorgangs gespeichert. Verlängerte Aufbewahrungsfristen wären insbesondere dann zu beachten, wenn noch Forderungen, Rücknahmen, Aufhebungen, Rückzahlungen / Einziehungsverfahren, Unterhalts- oder Erbenregresse etc. in Betracht zu ziehen sind oder Rechtsbehelfe anhängig sind.

Ihre Daten werden bei Bedarf an die Leistungserbringer (z. B. Pflegedienst), Leistungsträger (z. B. Rententräger) und gegebenenfalls an Ihren gesetzlichen Betreuer weitergeleitet, soweit dies für die Leistungsgewährung erforderlich ist.

Informationen zu Betroffenenrechten

Auskunft über verarbeitete Daten: Wenn Sie eine Auskunft zu den zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Träger der Eingliederungshilfe. Auf Wunsch wird Ihnen Akteneinsicht gewährt. (Vgl. Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)

Berichtigung unrichtiger Daten: Wenn Sie feststellen, dass zu Ihrer Person gespeicherte Daten fehlerhaft oder unvollständig sind, können Sie jederzeit die unverzügliche Berichtigung oder Vervollständigung dieser Daten verlangen. (Vgl. Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)

Einschränkung der Verarbeitung: Eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie verlangen, wenn zum Beispiel der Verantwortliche die Daten nicht mehr länger benötigt, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und eine Löschung der Daten Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigen würde. (Vgl. Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)

Datenübertragbarkeit: Im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung nach dem SGB IX ist zu beachten, dass kein Recht auf eine Datenübertragbarkeit nach der oben genannten Vorschrift besteht, da die Datenverarbeitung im SGB IX im öffentlichen Interesse liegt. (Vgl. Artikel 20 Absatz 3 DS-GVO)

Widerspruchsrecht: Es besteht kein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach der oben genannten Vorschrift. (Vgl. Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 Abs. 5 SGB X)

Widerruf Ihrer Einwilligung: Sollten Ihre personenbezogenen Daten allein aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeitet (d. h. insbesondere erhoben) worden sein, können Sie diese Einwilligung jederzeit nach der oben genannten Vorschrift widerrufen. Dadurch wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf berührt. (Vgl. Art. 7 Abs. 3 DS-GVO)

Beschwerde: Sollten Sie mit den Auskünften der Behörde bzw. mit der von ihr vorgenommenen Verarbeitung personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer Beschwerde an den Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern als Aufsichtsbehörde wenden: Postanschrift: Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte beim Zweckverband Elektronische Verwaltung in Mecklenburg-Vorpommern, Eckdrift 103, 19061 Schwerin; Telefon: 0385 / 77 33 47-53; Fax: 0385 / 77 33 47-28 oder E-Mail: poststelle@ego-mv.de.

X. Merkblatt für Leistungsberechtigte nach dem SGB IX - Mitwirkungspflicht

Aufgaben der Eingliederungshilfe, Zuständigkeit

Die Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 SGB IX). Die Leistung soll sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben. Darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuarbeiten (§ 66 SGB I - Mitwirkungspflicht). Zur Erreichung dieser Ziele haben die Leistungsberechtigten und die Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen ihrer Rechte und Pflichten zusammenzuwirken. Eingliederungshilfe erhält, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält. (§ 91 SGB IX - Nachrang der Eingliederungshilfe).

Zuständig für die Sozialleistungen sind die im Sozialgesetzbuch aufgezählten Körperschaften, Anstalten und Behörden – auch Leistungsträger genannt. Für die Eingliederungshilfe sind in der Regel die Landkreise und kreisfreien Städte sachlich zuständig (vgl. § 94 SGB IX). Die örtliche Zuständigkeit des Trägers der Eingliederungshilfe ergibt sich aus § 98 SGB IX. Über die Aufgaben und Hilfen der einzelnen Leistungsträger geben die Mitarbeiter der Verwaltungsbehörden (z. B. der Träger der Eingliederungshilfe) ergänzende Auskünfte. Sie beraten auch über die Rechte und Pflichten der Bürger gegenüber den einzelnen Leistungsträgern (vgl. § 106 SGB IX, § 14 SGB I). Die Rechtsgrundlage für die Leistungsgewährung ist das SGB IX. Ist nach diesem Gesetz eine Leistung zu gewähren, so hat der Leistungsberechtigte darauf einen Rechtsanspruch (vgl. § 1 SGB IX, § 39 SGB I). Die Leistungen der Eingliederungshilfe bestimmen sich nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfes, den persönlichen Verhältnissen, dem Sozialraum und den eigenen Kräften und Mitteln; dabei ist auch die Wohnform zu würdigen. Sie werden so lange geleistet, wie die Teilhabeziele nach Maßgabe des Gesamtplanes (§ 121 SGB IX) erreichbar sind.

Aufgaben der Verwaltung

Die Mitarbeiter der Verwaltung prüfen, ob und wie Teilhabe nach der Besonderheit im Einzelfall erreicht werden kann und welche Leistungen Anwendung finden können. Die Behörde hat den individuellen Bedarf des Antragstellers auf dessen Antrag zu ermitteln (§ 108 SGB IX). Sie bestimmt die Art und den Umfang der Ermittlung. Die Behörde hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen (vgl. § 20 Abs. 1, 2 SGB X). Die Behörde bedient sich der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts für erforderlich hält (vgl. § 21 Abs. 1 SGB X). Die Mitarbeiter der Verwaltung stellen außerdem wegen des Nachranges der Eingliederungshilfe fest, ob die nachfragende Person eigenes Einkommen und Vermögen einzusetzen hat, Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen oder Angehörige ihr helfen können. Das Nachrangprinzip der Eingliederungshilfe erfordert sodann auch eine Prüfung, ob ein Kostenbeitrag durch die Angehörigen des Leistungsberechtigten zu tragen ist (vgl. § 138 SGB IX).

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat unter anderem:

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind,
2. auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
3. die Beweismittel zu bezeichnen und
4. auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (vgl. § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I);
5. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärung abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen (vgl. § 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Diese Mitteilungspflicht bezieht sich in erster Linie auf die in den häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Leistungsempfängers eingetretenen Veränderungen. Sie besteht vor allem dann, wenn:

die antragstellende Person Einkünfte erzielen, die dem Sozialamt noch nicht bekannt sind (z. B. durch Aufnahme einer Arbeit, Vermieten von Zimmern, Bewilligung von Renten, Pensionen, Treuegeldern, Abfindungen, Entschädigungen, Darlehen, durch Eingang rückständiger Forderungen, durch Lotteriegewinn, Erbschaft usw.). Dies schließt auch vorübergehende Einkünfte ein. Dem Sozialamt ist ebenso eine Forderung oder die Entstehung einer Forderung gegen einen anderen mitzuteilen;

- 5.1. sich der Bestand des vorhandenen Vermögens (z. B. durch Kauf, Verkauf, Schenkung, Erbschaft, Scheidung,
- 5.2. ein Antrag auf Zahlung einer anderen Sozialleistung gestellt wird oder früher gestellt worden ist (z. B. Rente aus Sozialversicherung, Versorgungs-, Unfall-, Kriegsschadensrente, Unterhaltshilfe, Arbeitslosengeld, Grundsicherung für Arbeitssuchende, Kranken-, Kindergeld usw.);
- 5.3. ein Rechtsmittel gegen Entscheidungen anderer Sozialleistungsträger eingelegt wird (z. B. Widerspruch, Klage, Berufung);
- 5.4. der Leistungsberechtigte einen vermögensrechtlichen oder körperlichen Schaden durch Dritte erlitten hat;
- 5.5. der Leistungsberechtigte eine privatrechtliche Forderung gerichtlich geltend macht.

Diese Mitwirkungspflicht obliegt bei geschäftsunfähigen, in ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkten Hilfesuchenden oder Leistungsberechtigten deren gesetzlichen Vertretern.

Wer Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt oder erhält soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers:

1. zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer notwendiger Maßnahmen persönlich bei der Behörde erscheinen (vgl. § 61 SGB I) (Auf Antrag erstattet das Sozialamt in diesem Fall die Auslagen/ Fahrtkosten);
2. sich medizinischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit dies für die Entscheidung über die Leistung erforderlich ist (vgl. § 62 SGB I).

Die Mitwirkung muss dabei stets in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung stehen. Darüber hinaus kann eine Mitwirkung nicht gefordert werden, wenn sie für den Bürger aus wichtigem Grund nicht zumutbar ist oder wenn sich die Behörde durch einen geringeren Aufwand als der Betroffene die erforderlichen Erkenntnisse selbst beschaffen kann. (Vgl. § 65 SGB I)

Folgen fehlender Mitwirkung

Wer seine wirtschaftlichen oder häuslichen Verhältnisse falsch angibt oder die erforderlichen Mitteilungen an das Sozialamt unterlässt, gefährdet die gesetzmäßige Durchführung der Leistungen der Eingliederungshilfe. Abgesehen davon, dass die aufgrund fehlender, unzureichender oder falscher Angaben geleistete Leistung zurückgefordert werden kann, setzt sich die leistungsberechtigte Person einer Strafverfolgung wegen Betrugs aus. (Vgl. § 263 Strafgesetzbuch)

Schutz der Sozialdaten

Angaben der antragstellenden Person über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden als Sozialgeheimnis behandelt und anderen nicht unbefugt offenbart. Eine Offenbarung ist nur zulässig, wenn der Betroffene im Einzelfall einwilligt oder wenn eine Offenbarung gesetzlich erlaubt ist (§ 67 SGB X). Der im § 118 des SGB XII ermöglichte automatische Datenabgleich kann ohne Einwilligung der Leistungsberechtigten erfolgen. Siehe Merkblatt zum Datenschutz.

XI. Freiwillige Erklärung über die Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht sowie Einwilligung in die Datenverarbeitung

Name, Vorname (des Leistungsberechtigten)	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Ich entbinde

- a) meine Ärzte (ambulant/stationär)
- b) meine gesetzliche/n Betreuer/in oder Bevollmächtigte/n
- c) alle Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Jugendamt) und
- d) das Gesundheitsamt
- e) die Leistungserbringer gem. §§ 90 ff Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) wegen den Informationen zum Gesamtplan und der Leistungserbringung

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Sozialamtes des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte und gestatte, erforderliche Auskünfte zu erteilen sowie Unterlagen, Befunde, Hilfepläne, Gesamtpläne und Gutachten zur Verfügung zu stellen.

Diese Auskünfte und Unterlagen dürfen nur weitergegeben werden, soweit sie für die Bearbeitung meines Antrages erforderlich sind.

Die Entbindung von der in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) verankerten Schweigepflicht gilt für die Mitarbeiter des Sozialamtes des Landkreises gegenüber den unter Punkt 1a) bis 1e) genannten Personen und Leistungsträgern, sofern dieser Austausch für die Bearbeitung meines Antrages notwendig ist.

Diese freiwillige Erklärung ist notwendig, damit die Aufgaben der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erfüllt werden können.

Mir ist ferner bekannt, dass bei Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten die Vorschriften des SGB eingehalten werden.

Diese Erklärung ist freiwillig, kann durch Streichung entsprechender Passagen eingeschränkt werden und ist zu jedem Zeitpunkt (auch teilweise) widerrufbar. Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung informiert.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche(r) Vertreter(in)