

An den
Fachbereich Wirtschaft und Soziales
Soziale Sicherung
Eingliederungshilfe
Kronsforder Allee 2-6
23560 Lübeck

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG VON
EINGLIEDERUNGSHILFE

Für Herrn/Frau.....geb. am.....

Adresse:.....

Tel.:.....

Staatsangehörigkeit (ggf. Nachweis über Aufenthaltsstatus beifügen):

Folgende Leistung wird beantragt:.....

Folgende Personen leben mit im Haushalt:

Name (auch Geburtsname)	Vorname	Geb.datum	Verwandtschaftsverhältnis
----------------------------	---------	-----------	---------------------------

.....
.....
.....
.....
.....

Personenstand

Verheiratet seit:.....

Verwitwet (bitte Personalien des verstorbenen Ehegatten angeben)

 Name (ggf. Geburtsname):.....

 Vorname:.....

 Geb.datum:.....

 Sterbedatum:.....

Geschieden seit:.....

Getrennt lebend seit:.....

Besteht eine Betreuung nach dem BGB? Ja Nein

(Bitte Nachweis beifügen)

Name, Vorname des Betreuers:.....

Anschrift des Betreuers:.....

Aufgabenkreise:.....

.....

Ist eine Betreuung beantragt? Ja Nein

Wurde eine Vollmacht erteilt? Ja, für..... Nein

(Bitte Kopie beifügen)

Aufenthaltsverhältnisse des Antragstellers

(bei Minderjährigen bitte Aufenthaltsverhältnisse der leiblichen Mutter angeben)

Aufenthältlich in Lübeck seit:.....

Aus welchem Grund zugezogen?.....

vorübergehend dauerhaft

Letzte Anschrift:.....

Wurde am letzten Aufenthaltsort Eingliederungshilfe bezogen?

Ja, in der Zeit von.....bis.....

Art der Leistung:.....

Kostenträger:.....

Nein

Aufenthalte in Heimen, Krankenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen:

von bis Name der Klinik/Einrichtung/Ort

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Schwerbehindertenausweis/Bescheid des Landesamtes für Soziale Dienste

(Bitte Kopie beifügen)

liegt vor für:.....

Grad der Behinderung:.....Merkzeichen:.....

ist/wird beantragt für:.....

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Name:.....

Adresse:.....

Krankenversicherungsnummer:.....

Liegt ein Pflegegrad vor?

Ja, und zwar Pflegegrad.....

Nein

Wurden Maßnahmen bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt?

Ja, und zwar bei.....

Nein

Brutto-Einkommen aus dem Vorvorjahr (z.B. Antragstellung im Jahr 2020 -> Nachweise für 2018 gefordert)

(Bitte Nachweise beifügen, z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid etc.)

Einkommensart	auszahlende Stelle	Brutto in EUR/Jahr
.....
.....
.....
.....

Wurde Rente/ Übergangsgeld/ Krankengeld/ Wohngeld/ Arbeitslosengeld II/ Leistungen nach dem SGB XI u.s.w. beantragt?

Ja Art der Leistung:.....

Wann:.....Wo:.....

Aktenzeichen:.....

Nein

Bestehen Ansprüche gegenüber
der Agentur für Arbeit?

Besteht Anspruch
auf Kindergeld?

Ja Nein

Ja Nein

Von welchen sonstigen Einkünften wurde der Lebensunterhalt bisher bestritten?

.....

Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und Sondergesetzen (i.V.m. dem BVG)

Nach dem BVG	Ja	Nein
- Sind Sie kriegsbeschädigt – 30 v.H. Minderung der Erwerbstätigkeit oder mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie kriegsbeschädigte Familienangehörige? (Ehegatte, Eltern oder Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie Kriegshinterbliebener durch Verlust Angehöriger? (Ehegatte, früherer Ehegatte, Eltern/-teil, Kind oder Enkelkind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nach den Sondergesetzen i.V.m. dem BVG	Ja	Nein
- Sind Sie wehrdienstbeschädigt oder Hinterbliebene/r eines/r Wehrdienstbeschädigten nach dem Soldatenversorgungsgesetz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie zivildienstbeschädigt oder Hinterbliebene/r eines Zivildienstgeschädigten nach dem Zivildienstgesetz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie politischer Häftling oder Hinterbliebene/r eines politischen Häftlings nach dem Häftlingshilfegesetz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie Beschädigte/r oder Hinterbliebene/r eines Opfers nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie impfgeschädigt nach dem Infektionsschutzgesetz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ansprüche gegen Sonstige:

Bestehen Ansprüche gegenüber dem Finanzamt aus der Einkommenssteuerveranlagung?

Ja – geleisteter/erwarteter Zahlbetrag:.....EUR Nein

Bestehen Ansprüche auf Schadensersatz?

Ja – gegen: Name und Anschrift:.....

In Höhe von:.....

Nein

Bestehen Erbansprüche?

Ja, folgende..... Nein

Vermögen (Bitte Nachweise beifügen)

Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von.....EUR	<input type="checkbox"/> Nein
Girokonto	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von.....EUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Sparkonto	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von.....EUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Sparbuch	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von.....EUR Bei:..... <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von.....EUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Festgeld	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von.....EUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Aktien	<input type="checkbox"/> Ja, im Wert von.....EUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Pfandbriefe	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende.....	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende.....	<input type="checkbox"/> Nein
Genossenschaftsan- teile/Mietsicherheit	<input type="checkbox"/> Ja, im Wert von.....EUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
GmbH-Anteile	<input type="checkbox"/> Ja, im Wert von.....EUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Depot	<input type="checkbox"/> Ja, im Wert von.....EUR Bei/Depot-Nr.:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Versicherungs- verträge	<input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert.....EUR Rückkaufswert.....EUR Rückkaufswert.....EUR	<input type="checkbox"/> Nein
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> Ja, angespart ca.EUR angespart ca.EUR	<input type="checkbox"/> Nein
Bestattungs-, Grab- pflegeverträge	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe vonEUR Bei:.....	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. vertragl.	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Schuldverhältnisse oder Rechte (z.B. aus Anteils-, Leibrenten- Verkaufsverträgen, Erb- verträgen, Kautionen usw.)	

Sachwerte	<input type="checkbox"/> Ja, Folgende:	Wert	<input type="checkbox"/> Nein
(z.B. PKW, Motorrad,		
Kunstgegenstände,		
Schmuckstücke, antike		
Möbel, Münzen usw.)		

Grundvermögen (Bitte Grundbuchauszug beifügen, Einnahmen und Belastungen sind auf
gesondertem Blatt zu erläutern)

Hausgrundstück	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. Grundstücke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pachtland	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wohnrecht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> entgeltlich	<input type="checkbox"/> unentgeltlich
Nießbrauch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> entgeltlich	<input type="checkbox"/> unentgeltlich

**Wurde in den letzten 10 Jahren Vermögen auf andere Personen übertragen (z.B. durch
Schenkung, Übertragungs- oder Überlassungsvertrag)?**

Ja, Folgendes:
am.....auf.....
am.....auf.....
 Nein, ich versichere ausdrücklich, dass ich keine Vermögenswerte verschenkt habe.

Ihre Bankverbindung:

Kontoinhaber:.....
IBAN:.....
BIC:.....

Hinweis:

Die Erhebung der Angaben erfolgt aufgrund § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch I (SGB I). Danach
sind u.a. alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und Beweisurkunden auf
Verlangen vorzulegen.
Ihre Daten sind entsprechend § 35 SGB I in Verbindung mit §§ 67 SGB X geschützt.

Erklärung

Erklärung zu Mitwirkungspflichten

Ich erkläre, dass meine vorstehenden Angaben vollständig sind und in allen Punkten der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sofort und unaufgefordert dem Fachbereich Wirtschaft und Soziales anzuzeigen.

Dazu gehören z. B. Zu- oder Abgänge innerhalb der Hausgemeinschaft, auch solche vorübergehender Art, z. B. Krankenhausaufenthalt, und alle Veränderungen der Wohnverhältnisse oder in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen, auch der mit mir im Haushalt lebenden Personen. Unter dem Begriff des Einkommens sind dabei alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert zu verstehen ohne Rücksicht auf ihre Herkunft und die Steuerpflicht, wie z.B. Bezug von Krankengeld, Rente, Erstattungen vom Finanzamt, Erstattung von Heizkosten- bzw. Betriebskostenguthaben, Wohngeld, Leistungen nach dem Gesetz über Lastenausgleich (LAG) Aufnahme einer Beschäftigung gleich welcher Art, auch wenn der Verdienst nicht der Steuerpflicht unterliegt.

Über meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 bzw. 66 SGB I Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil –) bin ich unterrichtet worden.

Mir ist bewusst, dass ich mich durch unterlassene, unvollständige oder falsche Angaben des Betruges oder Betrugsversuches schuldig machen kann (§ 263 Strafgesetzbuch). Ich bin darüber belehrt worden, dass der Fachbereich Wirtschaft und Soziales in diesem Fall die Frage der Strafverfolgung prüft und möglicherweise Strafanzeige erstatten wird.

Hinweis zum Kostenersatz

Von der Kostenersatzpflicht nach § 103 SGB XII (Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten) bin ich in Kenntnis gesetzt worden.

Hinweis zum Übergang von Ansprüchen

Ferner ist mir erklärt worden, dass der Fachbereich Wirtschaft und Soziales berechtigt und verpflichtet ist, meine Ansprüche, die gegenüber anderen Leistungsträgern oder sonstigen Dritten bestehen, auf sich überzuleiten bzw. geltend zu machen.

Hinweis zum Pfändungsschutzkonto

Mir ist abschließend erklärt worden, dass ich mein Girokonto auf Antrag bei der Bank in ein Pfändungsschutzkonto umwandeln lassen kann (§ 850k ZPO). Ich bin darüber informiert worden, dass der pfändungsfreie Betrag durch eine Bescheinigung den persönlichen Verhältnissen angepasst und entsprechend erhöht werden kann. Diese Bescheinigung erhalte ich bei einer Schuldnerberatungsstelle, beim Arbeitgeber, beim Sozialleistungsträger oder der Familienkasse.

Erklärung zum Aktenversand

Im Falle der Kostenersatzung zwischen Eingliederungshilfeträgern bin ich mit einer Aktenübersendung einverstanden.

Datenschutz

Das Informationsblatt zum Datenschutz gem. Art. 12 DSGVO habe ich erhalten

Lübeck,
(Datum) (Unterschrift Antragsteller od. gesetzl. Vertreter)

Datenschutz bei der Hansestadt Lübeck

Informationsblatt gem. Art. 12 DSGVO

Wir kommen der Informationspflicht gem. Art. 12 ff DSGVO mit dieser Mitteilung nach, um eine faire und transparente Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu gewährleisten (Art. 12 Abs. 2 DS-GVO).

Angaben zum Verantwortlichen

Name	Hansestadt Lübeck, Der Bürgermeister
Anschrift	Breite Str. 62, 23539 Lübeck
Telefon	0451 - 115
E-Mail-Adresse	info@luebeck.de
Internet-Adresse	www.luebeck.de

Fachbereich	Wirtschaft und Soziales
Fachbereichsleitung	Senator Sven Schindler
Bereich	Soziale Sicherung
Bereichsleitung	Frau Schwartz
Ansprechpartner	Frau Boccius/Frau Orminski
Anschrift	Kronsforder Allee 2-6, 23560 Lübeck
Telefon	0451-1224466/ 1226449
E-Mail-Adresse	eingliederungshilfe@luebeck.de

Angaben zur Person der Datenschutzbeauftragten

Name	Martina Kieckbusch
E-Mail-Adresse	datenschutz@luebeck.de

Zwecke der Verarbeitung

Die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten ist im Rahmen der Leistungsbewilligung nach dem SGB IX und dem SGB XII notwendig.

Rechtmäßigkeit der Verarbeitung

Persönlich Daten werden verarbeitet soweit Sie zur Bereitstellung gesetzlich verpflichtet sind, der Verarbeitung in einer separaten Erklärung zugestimmt haben, oder wenn die Verarbeitung zu Erfüllung einer öffentlich rechtlichen Aufgabe notwendig ist.

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung beruht auf Artikel 6 Absatz 1 DSGVO sowie auf §§ 67a ff. SGB X.

Kategorie der personenbezogenen Daten

Vor- und Zuname, Anschrift, Telefonnummer, Handy, Geschlecht, Geburtsdatum und -ort, Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsstatus, Nachweise über Einkommen und Vermögen, je nach Einzelfall weitere Unterlagen wie Mietverträge, ärztliche Unterlagen o.ä.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Die Weiterleitung der personenbezogenen Daten erfolgt nur, wenn Sie der Weiterleitung zugestimmt haben oder diese gesetzlich zugelassen ist. Sie erfolgt bspw. an Sozialleistungsträger, Bundesamt für Statistik, Rentenversicherungsträger, Pflege- und Krankenkassen, ggf. andere Rehaträger, Gerichte.
Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an ein Drittland erfolgt nicht.

Um eine faire und transparente Verarbeitung zu gewährleisten, erhalten Sie nachfolgend zusätzliche Informationen gem. Art. 13 Abs. 2 DSGVO:

Speicherdauer, Löschfristen

Ihre personenbezogenen Daten werden nach der Aktenordnung der Hansestadt Lübeck für bis zu 20 Jahre gespeichert, zumindest jedoch solange, wie es für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX und dem SGB XII notwendig ist.

Spätestens nach Ablauf dieser Frist werden Ihre personenbezogenen Daten gelöscht, außer die Verarbeitung unterliegt zu im öffentlichen Interesse liegenden Archivzwecken, historischen Forschungszwecken oder zu statistischen Zwecken (Art. 89 DSGVO und § 6 LDSG).

Betroffenenrechte

Wir machen Sie auf Ihre Betroffenenrechte nach der DSGVO aufmerksam:

- Auskunftsrecht der betroffenen Person (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung/Recht auf Vergessenwerden (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)

- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Sie haben gem. Art. 77 DSGVO das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Kontakt in Schleswig-Holstein: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD), Holstenstr. 98, 24103 Kiel,
mail@datenschutzzentrum.de