

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

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG VON **EINGLIEDERUNGSHILFE**

Für geb. am in

Adresse:

Tel.: Handynr.:

E-Mail: Staatsangehörigkeit:

Aufenthaltstitel (Nachweis ist beizufügen):

Folgende Leistungen werden beantragt:

.....

Die Leistungen sollen durch folgenden Leistungserbringer erbracht werden:

(sofern Leistungserbringer / Träger schon bekannt)

.....

Personenstand

Ledig

Verheiratet seit:

Verwitwet (bitte Personalien des verstorbenen Ehegatten angeben)

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Sterbedatum:

Geschieden seit:

Getrennt lebend seit:

Folgende Personen leben mit im Haushalt:

Name, Vorname

Geb.datum

Verwandtschaftsverhältnis

.....

.....

.....

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)

Mit wem soll der Schriftverkehr geführt werden?

mit meinem Betreuer / Bevollmächtigten mit mir mit beiden

Aufenthaltsverhältnisse

(bei Minderjährigen bitte auch Aufenthaltsverhältnisse der leiblichen Mutter angeben)

Aufenthältlich in Lübeck seit:

Wohnhaft in einer Gemeinschaftsunterkunft / Notunterkunft? Ja Nein

Aus welchem Grund zugezogen?

vorübergehend dauerhaft

Letzte Anschrift:

Wurde in den letzten sechs Monaten Eingliederungshilfe bezogen?

Ja, in der Zeit vom bis

Art der Leistung:

Kostenträger:

Nein

Aufenthalte in Heimen, Krankenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen:

vom bis Name der Klinik/Einrichtung/Ort Kostenträger

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

Schwerbehindertenausweis/Bescheid des Landesamtes für Soziale Dienste

(Bitte Kopie beifügen)

liegt vor Grad der Behinderung: Merkzeichen:

ist/wird beantragt

Liegt ein Pflegegrad vor? (Bitte Nachweis und MDK-Gutachten in Kopie beifügen.)

- Ja, und zwar Pflegegrad:
- Nein

Angaben zu anderen Rehabilitationsträgern:

Krankenversicherung:

Krankenversicherungsnummer:

Rentenversicherung:

Rentenversicherungsnummer:

Bundesagentur für Arbeit:

Kundennummer:

Wurden Maßnahmen bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt oder erhalten Sie dort Leistungen? (Krankenkasse, Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Träger der Kriegsopferfürsorge, Jugendhilfe)

- Ja, und zwar bei
- Nein

Vorrangige Ansprüche

Bestehen Ansprüche auf Schadensersatz?

- Ja – gegen (Name und Anschrift):
In Höhe von:
- Nein

Bestehen Ansprüche nach sonstigen Gesetzen?

- | - Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (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 Kriegshinterbliebene:r durch Verlust Angehöriger? (Ehegatte, früherer Ehegatte, Eltern/-teil, Kind oder Enkelkind) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ansprüche nach den Sondergesetzen i.V.m. dem BVG | Ja | Nein |
| Sind Sie wehrdienstbeschädigt oder Hinterbliebene:r einer:s Wehrdienstbeschädigten nach dem Soldatenversorgungsgesetz ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie zivildienstbeschädigt oder Hinterbliebene:r einer:s Zivildienstgeschädigten nach dem Zivildienstgesetz ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sind Sie politischer Häftling oder Hinterbliebene:r eines politischen Häftlings nach dem Häftlingshilfegesetz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <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"/>

Ihre Bankverbindung: (Bitte nur bei der Beantragung von Hilfsmitteln, Persönlichem Budget angeben)

Kontoinhaber:

IBAN: DE.....

BIC:

Begründung des Antrags: (Bei Bedarf auf gesondertem Blatt erläutern)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte reichen Sie als Nachweis für Ihre körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung eine ärztliche Bescheinigung mit ICD10-Diagnose ein.

Angaben zu Ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen

Hinweis:

Die in § 138 Abs. 1 SGB IX genannten Leistungen der Eingliederungshilfe werden unabhängig von vorhandenem Einkommen und Vermögen erbracht (z.B. Schulbegleitung, Leistungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen). Sofern Sie eine solche Leistung beantragen, müssen die Seiten 5 bis 8 dieses Formulars nicht ausgefüllt werden. Sollten Sie Angaben zu Ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen machen und Nachweise einreichen, obwohl dies für die beantragte Leistung nicht erforderlich ist, werden die Angaben und Nachweise datenschutzkonform vernichtet.

Brutto-Einkommen aus dem Vorvorjahr (z.B. Antragstellung im Jahr 2023 → Nachweise für 2021)

(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 usw. beantragt?

- Ja Art der Leistung:
Wann: Wo:
Aktenzeichen:

Nein

Bestehen Ansprüche gegenüber der Agentur für Arbeit? Ja Nein

Besteht Anspruch auf Kindergeld? Ja Nein

Von welchen sonstigen Einkünften wurde der Lebensunterhalt bisher bestritten?

.....

Ansprüche gegen Sonstige:

Bestehen Ansprüche gegenüber dem Finanzamt aus der Einkommenssteuerveranlagung?

- Ja – geleisteter/erwarteter Zahlbetrag: EUR Nein

Bestehen Erbansprüche?

- Ja, folgende: Nein

Vermögen (Bitte Nachweise beifügen)

Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Girokonto bei:	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Girokonto bei:	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Sparkonto / Sparbuch bei:	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Sparkonto / Sparbuch bei:	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Festgeld bei:	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Aktien bei:	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Pfandbriefe	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Wertpapiere	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: <input type="checkbox"/> Nein
Genossenschaftsanteile/ Mietsicherheit bei:	<input type="checkbox"/> Ja, im Wert von EUR <input type="checkbox"/> Nein
GmbH-Anteile bei:	<input type="checkbox"/> Ja, im Wert von EUR <input type="checkbox"/> Nein
Depot Bei/Depot-Nr.:	<input type="checkbox"/> Ja, im Wert von EUR <input type="checkbox"/> Nein

<p>Versicherungsverträge (z.B. private Renten-, Lebensversicherung)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, Rückkaufswert: EUR Rückkaufswert: EUR Rückkaufswert: EUR Rückkaufswert: EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>										
<p>Bausparverträge</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, angespart ca.: EUR angespart ca.: EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>										
<p>Bestattungs-, Grabpflegeverträge bei:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>										
<p>Sonstige vertragliche Schuldverhältnisse oder Rechte (z.B. aus Anteils-, Leibrente-, Verkaufsverträgen, Erbverträgen, Kautionen usw.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, folgende: </p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>										
<p>Sachwerte (z.B. PKW, Motorrad, Kunstgegenstände, Schmuckstücke, antike Möbel, Münzen usw.)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja, folgende:</td> <td style="text-align: right;">Wert</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: right;">.....EUR</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: right;">.....EUR</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: right;">.....EUR</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: right;">.....EUR</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	WertEUREUREUREUR
<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	Wert										
.....EUR										
.....EUR										
.....EUR										
.....EUR										

Grundvermögen

(Bitte Grundbuchauszug und Kaufvertrag/Wertgutachten 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
Sonstige Grundstücke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pachtland	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohnrecht	<input type="checkbox"/> Ja, entgeltlich <input type="checkbox"/> Ja, unentgeltlich <input type="checkbox"/> Nein
Nießbrauch	<input type="checkbox"/> Ja, entgeltlich <input type="checkbox"/> Ja, unentgeltlich <input type="checkbox"/> Nein

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.

Folgende Belege sind (in Kopie) beigelegt:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde, Vollmacht | <input type="checkbox"/> Nachweis(e) über sämtliche Brutto- |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel | Einkünfte des Vorvor jahres |
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> Kontoauszüge der letzten 3 Monate |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Pflegegrad, MDK-Gutachten | <input type="checkbox"/> Nachweis(e) über sämtliches Vermögen |
| <input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung mit ICD10-Diagnose | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Erklärung zu Mitwirkungspflichten

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 Vermögensverhältnisse, auch der mit mir im Haushalt lebenden Personen. Unter dem Begriff des Einkommens sind dabei alle steuerpflichtigen Einkünfte zu verstehen.

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 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.

Erklärung zum Aktenversand

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

Datenschutz

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

Lübeck,
(Datum)

.....
(Unterschrift Antragsteller:in oder gesetzl. Vertretung)



Datenschutz bei der Hansestadt Lübeck Bereich Soziale Sicherung - Eingliederungshilfe

Informationsblatt gem. Art. 12ff DSGVO

Wir kommen unseren Informationspflichten 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 Frau Senatorin Steinrücke
Bereich Soziale Sicherung
Bereichsleitung Frau Schwartz
Ansprechpartner:in Frau Jahnke
Anschrift Kronsfordter Allee 2 – 6, 23560 Lübeck
Telefon 0451 – 122 4466
E-Mail-Adresse eingliederungshilfe@luebeck.de

Angaben zur Person der Datenschutzbeauftragten

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

Zwecke der Verarbeitung

Prüfung und Abwicklung von Ansprüchen (Geld-, Sach- und Dienstleistungen) gemäß Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX). Erledigung der daraus sich ergebenden weiteren gesetzlichen Aufgaben wie z.B. Erstattung von Leistungen. Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Gesetzbuch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

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 zur Erfüllung einer öffentlich-rechtlichen Aufgabe notwendig ist. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung beruht auf Artikel 6 Absatz 1 lit. e DSGVO sowie auf §§ 67a ff. SGB X.

Kategorie der personenbezogenen Daten

Vor- und Zuname, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, ggf. Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsstatus, Anschrift, Telefonnummer, Handynummer, Nachweise über Einkommen und Vermögen, 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 andere Rehabilitationsträger (Rentenversicherungsträger, Krankenkassen o.ä.), Pflegekassen, Sozialleistungsträger, Gerichte, Bundesamt für Statistik.

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

Für Unterlagen der Eingliederungshilfe besteht nach der „Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGST)“ eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. Unabhängig davon werden Ihre personenbezogenen Daten nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die Dauer des Leistungsbezuges oder solange Ersatz oder Erstattungsansprüche bestehen, ein Verwaltungsverfahren oder Gerichtsverfahren anhängig ist oder eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist besteht über 5, 10 oder 30 Jahre aufbewahrt (§§ 630 ff. BGB, §§ 67 ff. SGB X, § 12 AsylbLG, AufbewBest. der Konferenz der Justizverwaltungen des Bundes und der Länder, AktenO für die schleswig-holsteinische Landesverwaltung u.w..) z.B. 5 Jahre nach Beendigung des Leistungsbezuges oder Aktenvorganges; bei Unterhaltstiteln, Darlehen, sonstigen Forderungen 30 Jahre oder 10 Jahre nach erfolgter Rückzahlung.

Nach § 84 Abs. 2 SGB X sind „Sozialdaten zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle zur rechtmäßigen Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden“. Akteninhalte, die keinen Erkenntniswert mehr besitzen und die für die weitere Sachbearbeitung nicht erforderlich sind, werden demnach gelöscht.

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: Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstr. 98, 24103 Kiel, mail@datenschutzzentrum.de