

**Antrag auf Leistungen der  
Hilfe zur Pflege ( ) (SGB XII)**

**Aktenzeichen:**

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

die folgenden Anlagen sind Bestandteil dieses Antrages:

- Prüfung der Voraussetzungen für Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII
- Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- Unterkunftskosten bei Haus-/Wohneigentum (Rentabilitätsberechnung)
- Kostenaufstellung PKW
- Mietbescheinigung
- Verdienstbescheinigung
- Bankbescheinigungen (über bestehende / aufgelöste Konten)

Erstantrag       Folgeantrag      Datum der 1. Vorsprache: \_\_\_\_\_

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen				
	Personenziffer	PZ 01 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	PZ 02 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	PZ 03 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1	Familienverhältnis	<b>Antragsteller/in</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vater</b> (bei unverheirateten Minderjährigen) <input type="checkbox"/> <b>Ehegatte o. eingetragener Lebenspartner/in</b> <input type="checkbox"/> <b>Partner eheähnliche Gemeinschaft</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mutter</b> (bei unverheirateten Minderjährigen)
2	Name			
3	Vorname			
4	frühere Namen			
5	Geburtsdatum			
6	Geburtsort			
7	Familienstand	seit	seit	seit
8	Stellung im Haushalt			
9	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon)	Telefon:		Email-Adresse (Angabe freiwillig)
10	Staatsangehörigkeit			
11	Vertriebenenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, § BVFG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, § BVFG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, § BVFG
12	bei Ausländern Aufenthaltsstatus			
13	Schulabschluss			
14	Ausbildungsabschluss			
15	Beruf und zur Zeit ausgeübte Tätigkeit			
16	Letzter Arbeitgeber/ Ausbildungsstätte ggf. bis wann			
17	Führerschein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Klasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Klasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Klasse
18	Betreuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
19	Name und Vorname des Betreuers			
20	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
21	Wirkungskreis mit Einwilligungsvorbehalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
22	Vormundschaftsgericht Geschäftszeichen			
23	Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja, vom GdB: Merkmal: gültig bis zum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja, vom GdB: Merkmal: gültig bis zum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja, vom GdB: Merkmal: gültig bis zum

2. Angehörige und sonstige Personen im Haushalt							
PZ	Name, Vorname	geb. am	Stellung zum HS/HV	Familienstand	Beruf / Ausbildungsstätte	Einkommen	Einkommen über 100.000 €
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beruf:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beruf:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beruf:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beruf:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beruf:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. Aufenthaltsverhältnisse im letzten Jahr (§§ 106 ff. SGB XII beachten)					
von	bis	Straße, Haus-Nr., Wohnort		Grund des Wechsels	Wurde am letzten Wohnort Sozialhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wer hat die Umzugskosten getragen?

4. Ambulant betreutes Wohnen			
	Handelt es sich um ein ambulant betreutes Wohnen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bewilligt bis zum _____ beantragt am _____
	Betreuungsdienst:		

5. Wohnverhältnisse (bei Haus-/Wohneigentum bitte zusätzlich Anlage Rentabilitätsberechnung ausfüllen)				
1	Name und Anschrift des Vermieters:			
2	Wohnungsgröße: _____ m <sup>2</sup>	Baujahr: _____	Kaltmiete: _____ Garagen-/Stellplatzmiete: _____	Betrag € / Monat
3	Umfassende Modernisierung erfolgt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Jahr _____		Neben der Miete sind monatlich zu entrichten für (z. B. Flurlicht, Wasser, Müll, etc.): <input type="checkbox"/> Nebenkostenvorauszahlung: <input type="checkbox"/> Nebenkostenpauschale:	_____ _____
4	Die Wohnung ist ausgestattet mit: <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Etagenheizung <input type="checkbox"/> Fernheizung <input type="checkbox"/> Einzelofen	Heizungsart: <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom	Heizkostenvorauszahlung: - mit Warmwasser? <input type="checkbox"/> ja, Betrag <input type="checkbox"/> nein, dezentral zu zahlen an: <input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Energieversorger <input type="checkbox"/> sonstige - weitere Energiekosten enthalten (z. B. Strom)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Betrag	_____ _____ _____
	<b>Kosten der Unterkunft gesamt</b>			_____
5	Wohngeld beantragt am _____ oder bewilligt: bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: _____			
6	Ein Teil der Wohnung ist untervermietet: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einnahmen: Wenn ja: Anzahl der Räume _____, diese sind <input type="checkbox"/> leer <input type="checkbox"/> möbliert Name des/der Untermieters/in: _____			_____
7	Ist ein Familienmitglied innerhalb der letzten 24 Monate verstorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja; Name, Vorname, Todestag: _____			
8	Bestehen für die derzeit bewohnte Wohnung Mietschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____			



<b>(Raten-) Sparvertrag</b>	<input type="checkbox"/> nein		Kontonummer, Institut, Kontostand am _____, Festlegungsende
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Sparvertrag</b> vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> nein		Kontonummer, Institut, Kontostand am _____, Festlegungsende
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Bausparvertrag</b>	<input type="checkbox"/> nein		Vertragsnummer, Institut, Vertragsbeginn
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Wertpapiere</b> (Aktien, Pfandbriefe, etc.)	<input type="checkbox"/> nein		Depotnummer, Art der Papiere, Institut, Wert
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Forderungen aus ding- lichen Rechten</b> (Nieß- brauch, etc.)	<input type="checkbox"/> nein		Art der Forderung, Lage des haftenden Grundstücks
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Kraftfahrzeuge</b> (Pkw, Lkw, Krad, Wohnwagen, Boot) <b>ggf. Anlage Kosten- aufstellung Pkw ausfül- len</b>	<input type="checkbox"/> nein		Typ, Baujahr, pol. Kennzeichen, km-Stand
	<input type="checkbox"/> ja		Zugelassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Sicherungsübereignet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja		Zugelassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Sicherungsübereignet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja		Zugelassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Sicherungsübereignet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Lebens- oder Sterbe- versicherung / Bestattungsvorsorge</b>	<input type="checkbox"/> nein		Vertragsnummer, Institut, Versicherungssumme, Rückkaufswert, Fälligkeit
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Grundvermögen</b> (bebaut / unbebaut)	<input type="checkbox"/> nein		Lage, Größe, Nutzung, Bebauung, Verkehrswert, Einheitswert, Kaufdatum, Name evtl. Miteigentümer, Miteigentumsanteil
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Hausrat</b> , der den ange- messenen Umfang übersteigt (z.B. wertvolle Gemälde, Teppiche, Möbel, etc.)	<input type="checkbox"/> nein		Art, Wert
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>wertvolle Sammlungen, wertvoller Schmuck, teure Geräte oder Anlagen, Betriebsver- mögen. sonstiges Vermögen</b>	<input type="checkbox"/> nein		Art, Wert
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>Bestehen ausländische Konten oder sonstige Vermögenswerte?</b>	<input type="checkbox"/> nein		Art, Wert
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> <b>Ich/Wir haben kein Vermögen.</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Ich/Wir habe/n in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen</b>			
<input type="checkbox"/> veräußert <input type="checkbox"/> übertragen <input type="checkbox"/> verschenkt			
Bezeichnung, Datum, Urkunde, Art des Vermögens, Empfänger, Umfang			
<input type="checkbox"/> <b>Ich/Wir haben in den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt.</b>			
Wurde jemals auf die Geltendmachung einer dinglichen gesicherten Forderung verzichtet (Wohnungsrecht, Nießbrauch etc.) oder wurde sie auf einen Dritten übertragen?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Art der Forderung, Empfänger/in, Zeitpunkt, Umfang			

9. Ansprüche aus der Rentenversicherung			
	PZ oder Name und Vorname:		
	Versicherungsnummer:		
1	Sind Beiträge gezahlt worden? Entrichtet bei folgenden Versicherungs- trägern:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beitragsmonate	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beitragsmonate
2	Besteht Anspruch aus der Versiche- rung des Ehegatten oder der Eltern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
3	Rente beantragt am:	, Geschäftszeichen	, Geschäftszeichen
4	Rente abgelehnt am: Läuft ein Klageverfahren? Läuft ein Widerspruchsverfahren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, erhoben am: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, eingelegt am:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, erhoben am: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, eingelegt am:
5	Besteht Anspruch auf eine Betriebs- rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
6	Besteht Anspruch auf eine ausländi- sche Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
	Sind Sie im Ausland jemals einer Beschäftigung nachgegangen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____

10. Ansprüche aus der Kranken- und Pflegeversicherung		
1	versichert bei folgender Krankenkasse: PZ 01: PZ :	Mitgliedsnummer:  Betriebsnummer:
	Seit: _____ beantragt am _____	
2	als <input type="checkbox"/> Pflichtversicherter <input type="checkbox"/> Familienversicherter <input type="checkbox"/> pflichtversicherter Rentner <input type="checkbox"/> privat Versicherter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiwillig vers. Rentner	
3	<input type="checkbox"/> Es besteht <u>kein</u> Krankenversicherungsschutz. <input type="checkbox"/> <u>Zuletzt</u> bestand Krankenversicherungsschutz bei der _____   bis   _____ <input type="checkbox"/> Es bestand <u>zu keinem Zeitpunkt</u> Krankenversicherungsschutz in Deutschland. <input type="checkbox"/> Ich bitte um Anmeldung als Betreuungsfall nach § 264 SGB V bei folgender Krankenkasse: _____	

11. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz des/der		
1	Kriegsbeschädigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB
2	Sind Ehegatte oder Kinder im Krieg gefallen oder an Schädigungsfolgen ge- storben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
3	Sonstige Berechtigte (z.B. Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, MdE

12. Unterhaltsansprüche (getrennt lebender oder geschiedener Ehegatten sowie Eltern und Kinder, soweit nicht unter 2 aufgeführt)							
	Name, Vorname	geb. am	Stellung zum HV	Fami- lien- stand	Zahl der mdj. Kinder	Beruf	Anschrift
Zusatzangaben zum getrennt lebenden oder geschiedenen Ehepartner							
getrennt lebend seit:							
geschieden durch Urteil:		Gericht:		Datum Urteilspruch:		rechtskräftig seit:	
		Geschäftszeichen:					
Begründung eines Unterhaltsanspruchs:		<input type="checkbox"/> Unterhaltsurteil <input type="checkbox"/> Unterhaltsverzicht vom:					

13. sonstige Ansprüche (z. B. aus Vertrag, Verkehrsunfall, Versorgungsausgleich)	

**14. Antragsbegründung**

Bescheide in Angelegenheiten der Sozialhilfe sollen an die nachstehende Person gesandt werden:

Name, Vorname, Anschrift	
--------------------------	--

Die übrigen in diesem Antrag genannten Personen werden von dieser Person informiert.

- Ich bitte, die mir/uns zustehenden Geldleistungen auf folgendes Konto/folgende Konten zu überweisen:  
 Beim Konto von \_\_\_\_\_ handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto.

PZ oder Name, Vorname	Zahlgrund	Geldinstitut	IBAN

- Da weder ich noch die mit mir in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen ein eigenes Konto erhalten können, bitte ich um Barzahlung.

**Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch – SGB I).**

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 11. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug -) 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 -) auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Ich bin unterrichtet, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete in gesetzlich zulässigem Umfang auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können.**

**Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch - SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.**

**Ich bestätige, dass ich das Merkblatt „Datenschutzrechtliche Hinweise nach Artikel 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zum Antrag auf Sozialhilfe“ zur Kenntnis genommen habe.**

**Ich beauftrage das jeweils kontoführende Geldinstitut, zu Unrecht erbrachte Beträge der hilfgewährenden Stelle zu erstatten, soweit das Guthaben ausreicht.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sachbearbeiter

## **Datenschutzrechtliche Hinweise nach Artikel 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zum Antrag auf Hilfe zur Pflege**

Ab 25. Mai 2018 gilt mit der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ein neuer Rechtsrahmen für den Datenschutz in Deutschland und in der Europäischen Union. Sowohl die neue DS-GVO als auch insbesondere das Erste, Zehnte und Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB I, X und XII) enthalten Vorschriften zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern. Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

Soweit es für die Durchführung des SGB XII (Sozialhilfe) bzw. zur Ermittlung der für die Sozialhilfe maßgeblichen Verhältnisse im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; vgl. Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe c und e und Artikel 4 Nr. 2 DS-GVO, §§ 67a ff. SGB X, § 118 SGB XII).

Die Kreisverwaltung Gütersloh, Sachgebiet Pflege, ist hierbei „Verantwortlicher“ im Sinne des Artikels 4 Nr. 7 DS-GVO.

<b>Verantwortlicher</b>	Kreisverwaltung Gütersloh, Abteilung Soziales, Sachgebiet Pflege, Wasserstraße 14, 33378 Rheda-Wiedenbrück
<b>Kontaktdaten des bzw. der Datenschutzbeauftragten</b>	Kreisverwaltung Gütersloh, Die Datenschutzbeauftragte, 33324 Gütersloh, Telefon 05241/85-1126, Email: Datenschutzbeauftragte@gt-net.de
<b>Kontaktdaten der Landesbeauftragten für Datenschutz</b>	Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf; Telefon: 0211-38424-0; Fax: 0211-38424-10; Email: poststelle@ldi.nrw.de; Internet: www.ldi.nrw.de
<b>Zweck/e der Datenverarbeitung</b>	Das Sachgebiet Pflege verarbeitet die personenbezogenen Daten zum Zweck der Feststellung und Berechnung des Anspruchs auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und der entsprechenden Auszahlung.
<b>Rechtsgrundlage/n für die Datenverarbeitung</b>	Nach den §§ 67a und 67b SGB X ist das Sachgebiet Pflege berechtigt, Sozialdaten zu erheben und zu verarbeiten.  Nach § 118 SGB XII können hierzu zentrale Verwaltungsdienststellen herangezogen werden.
<b>Datenerhebung bei anderen Stellen</b>	Das Sachgebiet Pflege kann auch Auskünfte einholen bzw. Daten erheben u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Stellen im Zusammenhang mit bestehenden Rechtsverhältnissen (z. B. Mietverhältnis) und bei anderen Personen im Hinblick auf möglicherweise bestehende Rechtsansprüche (z. B. unterhaltsverpflichtete Eltern oder [frühere/getrenntlebende] Ehepartner) nach § 60 SGB I,</li> <li>• bei Stellen, die Leistungen erbringen oder erbracht haben (z. B. Rententräger, Jobcentern, Familienkassen, Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung) nach §§ 117 Abs. 2, 118 Abs. 1 SGB XII, §§ 3, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X,</li> <li>• bei Stellen, die für Sie Guthaben führen oder Vermögensgegenstände verwahren (z. B. Banken und Kreditinstitute) nach § 117 Abs. 3 SGB XII,</li> <li>• beim Arbeitgeber nach § 117 Abs. 3 SGB XII,</li> <li>• bei anderen Stellen der Verwaltung, bei wirtschaftlichen Unternehmen und den kreisangehörigen Gemeinden (z. B. Einwohnermeldestellen, Kfz-Zulassungsstellen) nach § 118 Abs. 4 SGB XII und</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beim Finanzamt zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen nach § 21 Abs. 4 SGB X.</li> </ul>
<b>Empfänger oder Kategorien von Empfängern der Daten</b>	<p>Die GKD Paderborn ist als Dienstleister mit der EDV-technischen Verarbeitung der erhobenen Daten beauftragt (§ 80 SGB X).</p> <p>Die erhobenen Daten werden in anonymisierter Form (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Statistiken nach den §§ 121 bis 129 SGB XII (15. Kapitel SGB XII) verwendet und dürfen an die hierfür zuständigen Stellen übermittelt werden.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit, die im Rahmen des Antrages gemachten Angaben zum Einkommen und Vermögen durch einen Datenabgleich (§ 118 SGB XII i. V. m. § 45d EStG) und durch eine Kontenabfrage nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) beim Bundeszentralamt für Steuern überprüfen lassen.</p>
<b>Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren</b>	Zur Durchführung von gerichtlichen Verfahren einschließlich Strafverfahren werden personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen der §§ 68, 69 SGB X an Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte übermittelt.
<b>Datenübermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation</b>	Grundsätzlich findet keine Datenübermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation statt.
<b>Löschung personenbezogener Daten</b>	<p>Personenbezogene Daten werden gelöscht, wenn sie für die Durchführung des SGB XII nicht mehr benötigt werden (§ 84 Abs. 2 S. 2 SGB X) und Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind (vgl. Bericht Nr. 4/2006 der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement [KGST], Aufbewahrungsfristen für Kommunalverwaltungen: Aufbewahrung sechs Jahre für Einzelanträge, 1 Jahr für abgelehnte Einzelanträge.)</p> <p>Bei Leistungen mit Dauerwirkung (z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) beträgt die Aufbewahrungsfrist 10 Jahre, um z. B. Entscheidungen über rückwirkende Änderungen bzw. bei Rechtswidrigkeit zu ermöglichen, § 45 Abs. 3 Satz 4 SGB X). Innerhalb der vorstehend genannten Fristen besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO.</p>
<b>Pflicht zur Bereitstellung von Daten</b>	Nach § 60 SGB I besteht die Pflicht, entsprechende Daten durch die antragstellende Person zur Verfügung zu stellen. Werden die Daten nicht zur Verfügung gestellt, kann die Leistung versagt oder entzogen werden.
<b>Rechte der betroffenen Person</b>	<p>Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen bestehen folgende Rechte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht auf Auskunft über die verarbeiteten personenbezogenen Daten nach Art. 13 DS-GVO</li> <li>• Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten nach Art. 16 DS-GVO</li> <li>• Recht auf Löschung personenbezogener Daten nach Art. 17 DS-GVO</li> <li>• Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung nach Art. 18 DS-GVO</li> <li>• Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung nach Art. 21 DS-GVO</li> <li>• Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde nach Art. 77 DS-GVO</li> </ul>
<b>Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten</b>	Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter: <a href="https://www.kreis-guetersloh.de/sh/dsgvo">https://www.kreis-guetersloh.de/sh/dsgvo</a>