



Fragebogen zur Weitergewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII		Eingangsstempel
ab _____		Aktenzeichen:
Name, Vorname:	Anschrift:	

1. Persönliche Verhältnisse der/des Hilfesuchende/n (Person 1) und seines Ehepartners/Lebenspartners/-Partners in eheähnlicher Gemeinschaft (Person 2)

		Person 1	Person 2
1	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
2	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)		
3	Geburtsdatum		
4	Schwerbehindertenausweis	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> gültig bis Merkzeichen G? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> gültig bis Merkzeichen G? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5	Zeiten des Aufenthaltes in Ausland (außer Urlaubsfahrten) und/oder Erwerbstätigkeit im Ausland	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar in (Ort):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Ort):
6	Im Arbeitsbereich der Werkstatt f. behinderte Menschen / eines Anderen Leitungsanbieters, dem Förder- und Betreuungsbereich oder Tagesstätten wird ein kostenpflichtiges Mittagessen angeboten. Werden Sie dieses Mittagessen in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar in (Ort): Voraussichtlich an Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar in (Ort): Voraussichtlich an Tagen pro Woche

Bitte Vertrag über die Mittagsverpflegung beifügen!
Der Vertrag ist Voraussetzung für die Gewährung eines Mehrbedarfes für gemeinschaftliche Mittagsversorgung.

2. Änderung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten (Kopie des neuen Betreuerausweises/Vollmacht beifügen!)

7	Hat es eine Änderung gegeben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, bitte nachfolgend aktuelle Betreuerdaten angeben!
8	Vorname, Name	
9	Anschrift	
10	Telefon, E-Mail-Adresse	

3. Sonstige Personen, die mit dem Hilfesuchenden in der Haushaltsgemeinschaft leben (ggf. weiter auf Zusatzblatt)

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	berufstätig als	Arbeitgeber
11						
12						
13						
14						

4. Kosten der Unterkunft und Heizung

15	Wohnkosten	EUR	<i>Bei Mietwohnung Kopie der letzten Betriebskostenabrechnung/Mietanpassung beifügen, wenn nicht bereits vorgelegt. Bei Änderungen im WBVG-Vertrag, diesen in Kopie beifügen</i>
16	Haus-/Wohneigentum	<i>Wenn Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, Nachweise über die Kostenbelastungen vorlegen.</i>	

5. Einkommen

		Person 1	Person 2
17	Sind neue Einkünfte hinzugekommen? (z. B. Renten, Wohngeld, Arbeitseinkommen) <i>Bei nichtselbständiger Tätigkeit (Arbeitseinkommen, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen) ist immer die Verdienstbescheinigung der letzten 12 Monate beizufügen!</i>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, Nachweis beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, Nachweis beifügen!
18	Wurden im letzten Jahr Einkünfte aus Kapitalerträgen (z. B. Zinsen) erzielt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, Nachweis beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, Nachweis beifügen!
19	Verfügt eines Ihrer Kinder/ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000,00 EURO Gesamteinkommen jährlich?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

6. Beiträge zu Versicherungen (monatliche Ausgaben)		<i>(aktuelle Beitragsrechnung in Kopie beifügen!)</i>	
		Person 1	Person 2
20	Hausratversicherung	EUR	EUR
21	Haftpflichtversicherung	EUR	EUR
22	Altersvorsorgebeiträge (z. B. sog. „Riester-Rente“)	EUR	EUR
23	Freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung	EUR	EUR

7. Bank- und Sparguthaben und sonstiges Vermögen		<i>(lückenlos ausfüllen und Nachweise beifügen!)</i>	
		Person 1	Person 2
24	Bargeld	EUR	EUR
25	Stand Girokonto, Verwahrkonto (Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen!)	EUR	EUR
26	Sparguthaben (aktuellen Auszug des Sparbuches beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
27	Bausparguthaben (aktuellen Jahreskontoauszug beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
28	Wertpapiere, Aktien, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
29	Auslandsvermögen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
30	Lebens-/ Renten-/ Sterbegeldversicherung (Nachweise des Versicherungsunternehmens zum aktuellen Rückkaufswert beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
31	Bestattungsvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
32	Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr (Nachweise des Versicherungsunternehmens zum aktuellen Rückkaufswert beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
33	Hauseigentum, Eigentumswohnung, Grundstücke	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
34	Kraftfahrzeuge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
35	Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
36	Sonstiges Vermögen (z. B. Erbsprüche)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

8. Bankverbindung	
37	Hat sich Ihre Bankverbindung geändert? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn Ja, bitte nachfolgend aktuelle Bankverbindung angeben: IBAN, BIC, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers

9. Sonstige wesentliche Angaben	
38	Bitte teilen Sie uns mit, welche sonstigen Lebensverhältnisse sich seit der letzten Leistungsbewilligung verändert haben.

10. Schlusserklärungen und Hinweise	
10.1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben	
Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Die Angaben zum Einkommen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.	
10.2. Mitwirkungspflichten	
Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Kommunalen Sozialverband Sachsen anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.	
10.3. Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 und 14 DSGVO:	
Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Daten teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII). Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Informationsblatt entnehmen.	
10.4. Geltendmachung von Ansprüchen	
Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Kommunalen Sozialverband Sachsen unverzüglich informieren.	
10.5. Unterschrift	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.	
Ort	Datum
Unterschrift Person 1 bzw. Betreuer	Unterschrift Person 2 bzw. Betreuer

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bei Verarbeitung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des Verfahrens nach den Sozialgesetzbüchern und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 2
Humboldtstraße 18
04105 Leipzig

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Humboldtstr. 18
04105 Leipzig

Telefon: 0341 1266 0

E-Mail: datenschutzbeauftragter@ksv-sachsen.de

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – (SGB XII) bzw. Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) und deren bedarfsgerechte Weitergewährung entscheiden zu können; § 67a Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – (SGB X).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

- Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren nach dem SGB XII, SGB IX gespeichert und im Rahmen der Antragsbearbeitung und deren bedarfsgerechten Weitergewährung an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an Gutachter, vorrangige Sozialleistungsträger, Pflege- und Krankenkasse, Leistungserbringer, Gerichte, Unterhaltspflichtige und das Sächsische Melderegister übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs. 1 SGB X).
- Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB XII und SGB IX über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§ 69 Abs. 1, § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist, können ergänzend medizinische Auskünfte und Unterlagen entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten sowie Auskünfte von vorrangigen Sozialleistungsträgern, Pflege- und Krankenkassen, Leistungserbringern sowie Unterhaltspflichtigen eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Verarbeitung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB XII und SGB IX erforderlich ist (VwV Aktenführung). Nach diesem Zeitpunkt erfolgt automatisch, ohne weitere Veranlassung von Ihnen, die Löschung der Daten.

8. Betroffenenrechte

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO). 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).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Wenn Sie von Ihren Rechten gegenüber der datenverarbeitenden Stelle Gebrauch machen wollen, wenden Sie sich bitte an den behördlichen Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen mit einer entsprechenden Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der folgenden datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde nach Art. 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden

Telefon: 0351 85471 101
Telefax: 0351 85471 109
E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de

11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch – (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, bzw. können diese nicht anderweitig erlangt werden, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Sie sind gemäß § 9, § 60 bis § 62 SGB I und § 1, § 117 bis § 119 SGB XII an der Mitwirkung verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung können Leistungen ganz oder teilweise abgelehnt werden (§ 66 SGB I).

12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.