

Landkreis Helmstedt – Geschäftsbereich Soziales –, Hilfe zur Pflege Conringstraße 28 38350 Helmstedt	Ausgabestelle/Ausgabedatum: _____ Aktenzeichen: _____	Eingang: _____
---	--	-------------------

Antrag bitte vollständig ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen oder den Betrag eintragen bzw. alle Fragen mit ja, nein oder entfällt beantworten – Keine Striche! –

Antrag auf Sozialhilfe in Form von Hilfe zur Pflege

- ☐ innerhalb von Einrichtungen einschließlich Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung
☐ außerhalb von Einrichtungen

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. 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. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

1. Personalien des/der Antragstellers/in und ggf. weiterer Personen im Haushalt

	1. Person	2. Person
	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
	Antragsteller(in)	☐ Antragsteller(in) ☐ Ehegatte (nicht getrennt lebend) ☐ Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) ☐ Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft ☐ sonstiges
Name		
Vorname/n		
Geburtsname/ frühere Ehenamen		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand, ggf. seit		
Staatsangehörigkeit		
Schwerbehindertenausweis	☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am _____	☐ nein ☐ ja
Kriegsbeschädigter/ -hinterbliebener/ Vertriebenen- ausweis nach dem BVFG	☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am _____	☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am _____
Ausländerzentralregister- nummer (AZR)		
Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r	Name, Anschrift, ggf. Telefon	Name, Anschrift, ggf. Telefon
Steuer-ID		
Bei Heimaufnahme: Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung		

Aufnahmedatum in der Einrichtung: _____ ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege ☐ Stationäre Dauerpflege		
Aufenthaltort unmittelbar vor Heimaufnahme, z. B. bei Angehörigen, Krankenhaus, JVA, ohne festen Wohnsitz		
Anschrift: _____		

2. Wohnverhältnisse

Aktuelle Anschrift, bzw. vor Heimaufnahme:			
Als ☐ Mieter ☐ Untermieter ☐ Eigentümer ☐ Wohnrechtsinhaber(in) ☐ Nutzungsberechtigter	Die Miete beträgt Grundmiete Nebenkosten Heizkosten Insgesamt Betreuungspauschale	_____ _____ _____ _____ _____ _____	€ € € € € (Vertrag beifügen)
Bei Eigentum Nachweise der Wohnungs-/Hauslasten beifügen.			

3. Einkünfte pro Monat in Euro – bitte Nachweise beifügen -

	Antragsteller/in		2. Person	
Art des Einkommens	monatlicher Betrag	nein	monatlicher Betrag	nein
Altersrente/Pension		☐		☐
Witwen-/Witwerrente		☐		☐
Erwerbsminderungsrente		☐		☐
Werks-/Betriebsrente		☐		☐
VBL		☐		☐
Ausländische Rente		☐		☐
Unfallrente		☐		☐
Zusatzrente z. B. aus privater Altersvorsorge, Lebensversicherung		☐		☐
Leistungen SGB II (Bürgergeld)		☐		☐
Grundsicherung/HLU nach SGB XII		☐		☐
Wohngeld/Lastenzuschuss		☐		☐
Erwerbseinkommen		☐		☐
Einkünfte aus selbstständigen Tätigkeiten		☐		☐
Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung (auch aus dem Ausland)		☐		☐
Kapitalerträge (Zinsen)		☐		☐
Einnahmen aus Nießbrauch		☐		☐
Geldwerte Ansprüche z. B. freie Beköstigung, Leibrente, Pflege, freie Unterkunft		☐		☐

3. Einkünfte pro Monat in Euro – bitte Nachweise beifügen -

	Antragsteller/in		2. Person	
	monatlicher Betrag	nein	monatlicher Betrag	nein
Unterhalt		☐		☐
Leistungen der Pflegekasse/Krankenkasse		☐		☐
Arbeitslosengeld I (SGB III)		☐		☐
Kindergeld/Kindergeldzuschlag		☐		☐
Landesblindengeld/Blindenhilfe		☐		☐
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)		☐		☐
Leistungen der Kriegsopferversorgung (KOV)		☐		☐
Ist eine/sind mehrere der zuvor genannten oder andere Leistungen beantragt, erfolgt aber noch keine Zahlung?	Leistungsart:	☐	Leistungsart:	☐
Sonstige Einkünfte Art:		☐		☐

4. Vermögen – bitte Nachweis beifügen – (Soweit zutreffend bitte Geldinstitut, Versicherungsgesellschaft, Genossenschaft o. ä. mit Konto-/Kunden-/Vertrags-Nr. angeben bzw. „nein“ oder „entfällt“ eintragen)

Art des Vermögens	Antragsteller/in	nein	2. Person	nein
Bargeld		☐		☐
Bargeld bei Dritten zur Aufbewahrung in Höhe von	bei:	☐	bei:	☐
Girokonten		☐		☐
Sparbücher		☐		☐
Bausparverträge		☐		☐
Aktiendepots, Investmentfonds oder ähnliches		☐		☐
Lebensversicherungen oder Sterbeversicherungen		☐		☐
Bestattungsvorsorge		☐		☐
Genossenschaftsanteile z. B. bei Wohnungsunternehmen, Banken		☐		☐

4. Vermögen – bitte Nachweis beifügen –

Art des Vermögens	Antragsteller/in	nein	2. Person	nein
Kaution/Mietsicherheit		☐		☐
Wohnrecht/Nießbrauch		☐		☐
Grundvermögen (ggf. auch im Ausland), Eigentumswohnungen (bitte Grundbuchauszug beifügen)		☐		☐
Private Altersvorsorge z. B Riester-Rente		☐		☐
Ansprüche aus Erbschaft bzw. noch zu klärende Erbansprüche		☐		☐
Sonstiges Vermögen (Münzen, Briefmarken, Antiquitäten, Schmuck, Vermögen im Ausland, Kleingarten usw.)		☐		☐
Ist ein Kraftfahrzeug vorhanden?	Amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ km-Stand: _____	☐	Amtliches Kennzeichen: _____ Fabrikat: _____ Baujahr: _____ km-Stand: _____	☐

5. Kranken- und Pflegeversicherungen

	Antragsteller/in	2. Person
Ich bin <u>nicht</u> krankenversichert	☐	☐
Ich bin <u>nicht</u> pflegeversichert	☐	☐
Ich bin kranken-/pflegeversichert bei:		
Es handelt sich bei der Versicherung um eine	☐ Pflichtversicherung ☐ freiwillige Versicherung ☐ private Versicherung ☐ Familienversicherung beim Pflichtversicherten, Name, Vorname: _____	☐ Pflichtversicherung ☐ freiwillige Versicherung ☐ private Versicherung ☐ Familienversicherung beim Pflichtversicherten, Name, Vorname: _____
Ich bin beihilfeberechtigt	☐ nein ☐ ja Zuständige Beihilfestelle: _____	☐ nein ☐ ja Zuständige Beihilfestelle: _____
Ist bereits ein Pflegegrad festgestellt?	☐ nein ☐ Antrag gestellt am _____ ☐ ja seit _____ Grad _____ ☐ Höherstufungsantrag gestellt am _____	☐ nein ☐ Antrag gestellt am _____ ☐ ja seit _____ Grad _____ ☐ Höherstufungsantrag gestellt am _____
Wird aktuell bzw. wurde vor Heimaufnahme Pflegegeld/Pflegesachleistung bezogen?	☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl: _____	☐ nein ☐ ja, in Höhe von mtl: _____

6. Sonstige Versicherungen – bitte Nachweise beifügen

	Antragsteller/in	2. Person
Haftpflichtversicherung	☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, bei
Hausratversicherung	☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, bei
Zusätzliche Pflegeversicherung	☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, bei
Zusätzliche Krankenversicherung	☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, bei
Krankenhaustagegeldversicherung	☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, bei
Private Zusatzversicherung	☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, bei
Sonstige Versicherungen z. B. betriebliche Sterbe- /Sterbegeld-/Unfallversicherung	☐ nein ☐ ja, bei	☐ nein ☐ ja, bei

7. Angaben zu Eltern und Kindern (für weitere Personen bitte Zusatzblatt verwenden)☐ Keine Kinder☐ Eltern verstorben

Verfügt eines Ihrer Kinder / verfügen Ihre Eltern vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 Euro jährlich) im Sinne des § 2 EStG (insbesondere aus Erwerbstätigkeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung)	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
	Bitte machen Sie in jedem Fall - unabhängig vom Einkommen - auch Angaben zu den folgenden Zeilen!			
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum ggf. auch Sterbedatum				
Geburtsort				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in				
Anschrift (ggf. letzter be- kannter Aufenthaltsort)				
Familienstand/Zahl der Kin- der				
Beruf/ Arbeitgeber				

8. Angaben bei Getrenntlebenden oder bei Scheidung – bitte Nachweise beifügen -

Ehegatte/früherer Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, frühere/r Lebenspartner/in			
Name		Geburtsname	
Vorname		Geburtsdatum	
Familienstand bzw. getrenntlebend seit		Geburtsort	
Anschrift ggf. letzte bekannte Anschrift		Beruf/Arbeitgeber	

Mein früherer Ehegatte/Lebenspartner/in/eingetragene/r Lebenspartner/in ist am _____ verstorben.
Ehe geschieden/aufgehoben seit:
Zuständiges Gericht:
Wurden Unterhaltsregelungen (auch für Kinder) getroffen? ☐ ja, siehe Nr. 3 unter Einkommen ☐ nein, (weil z. B. auf Unterhalt verzichtet)

9. Vorrangige Ansprüche (Bitte ggf. auf einem gesonderten Blatt erläutern.)

Jede Frage ist zu beantworten. Nachweise sind beizufügen!

Ich habe in den letzten zehn Jahren verschenkt oder unter Wert veräußert:

• Bargeld verschenkt	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Sparguthaben übertragen	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Wohnrecht/Altenteil/Nießbrauch oder ähnliches aufgegeben oder löschen lassen	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. Wert v.	€
• Versicherungen übertragen	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Wertpapiere übertragen	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. Wert v.	€
• PKW verschenkt	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. Wert v.	€
• Immobilien/Grundvermögen übertragen	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. Wert v.	€
• Schmuck oder andere Werte	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. Wert v.	€
• Auf Ansprüche gegen Dritte verzichtet oder löschen lassen	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. Wert v.	€
• Sonstiges Vermögen	☐ nein ☐ ja an	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
Ich besaß in der Zeit davor Immobilien/Grundvermögen: ☐ nein ☐ ja				
Ich verfüge über ein Wohnrecht, Altenteil oder Nießbrauch: ☐ nein ☐ ja				

Ich habe in den letzten zehn Jahre eine Bankvollmacht oder andere Vollmacht oder Zugriffsberechtigung über mein Einkommen/Vermögen an Dritte bzw. Familienangehörige erteilt: ☐ nein ☐ ja, an (Name, Vorname)	
für (Depotkonten, Girokonten, Sparkonten etc.)	bei

und

(Name, Vorname)	
für (Depotkonten, Girokonten, Sparkonten etc.)	bei

Ich habe folgende Ansprüche gegen Dritte:

• Unterhaltsansprüche	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Forderungen aus Lieferungen	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Lohn-/Gehaltsforderungen	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Forderungen aus selbst unterhaltenem Gewerbe- oder Handelsbetrieb	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Forderungen aus Schadensersatzansprüchen	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Schmerzensgeldforderungen	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Forderungen aus Erbschaften (auch Pflichtteilsansprüche)	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Darlehensforderungen	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€
• Sonstige Ansprüche aus Urteil, Vertrag, Urkunde, Vereinbarung etc.	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. Wert v.	€
• Sonstige Ansprüche	☐ nein ☐ ja gegen	(Name, Vorname)	i. H. v.	€

10. Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge

Ich habe bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen ☐ nein ☐ ja, von _____ bis _____ vom Sozialamt in _____ -

11. Zuzug aus dem Ausland

Ich bin aus dem Ausland zugezogen am _____.

Mein letzter Wohnsitz vor dem Zuzug nach Deutschland war: _____

☐ Diesen Wohnsitz habe ich aufgegeben.

☐ Dieser Wohnsitz besteht noch.

12. Bankverbindung

Kontoinhaber/in:	
IBAN:	
Geldinstitut:	

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag und ggf. in den Zusatzbögen der Wahrheit entsprechen und dass ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Ich werde sofort und unaufgefordert den Landkreis Helmstedt – Geschäftsbereich Soziales – informieren, wenn sich bei mir oder meinen Haushaltsangehörigen die persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse, insbesondere die Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögensverhältnisse und Aufenthaltsverhältnisse sowie die Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit den Leistungen Erklärungen abgegeben worden sind, ändern.

Ich bin darüber informiert worden, dass falsche, unvollständige oder zu spät gemachte Angaben strafbar sind. **Einkommens- und/oder Vermögenszuflüsse sind auch während des Sozialhilfebezuges unverzüglich mitzuteilen, da sie vorrangig zur Bedarfsdeckung einzusetzen sind.**

Mir ist bekannt, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert werden.

Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegeeinrichtung mittels Durchschrift über Art und Höhe der mir gewährten Sozialhilfeleistungen informiert wird.

(Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. gesetzlichen Vertreters/in)

(Datum, Unterschrift des/der Ehegatten/in, Lebenspartners/in, gesetzlichen Vertreters/in)

Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen

Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft:

(Datum)

(Unterschrift SB/in)

**Ergänzende Datenschutzhinweise nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung
(DSGVO) zum Antrag auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen
nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

Seit dem 25. Mai 2018 gilt mit der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein neuer Rechtsrahmen für den Datenschutz in Deutschland und in der Europäischen Union. Sowohl die neue DSGVO als auch insbesondere das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) enthalten Vorschriften zur Datenverarbeitung und zu Rechten von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern.

Daher werden Sie auf Folgendes hingewiesen:

Soweit es für die Entscheidung über die Gewährung von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; vgl. Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c und e und Art. 4 Nr. 2 DSGVO, § 60 SGB I, §§ 67 ff. SGB X, §§ 117 bis 129 SGB XII, Sozialhilfedatenabgleichsverordnung (SozhiDAV), § 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1b und § 93b Abgabenordnung (AO)).

1. Erhebung von Daten bei betroffenen Personen (Antragsteller, Partner, minderjährige Kinder im Haushalt)

Die Angaben im Sozialhilfeantrag sind mit entsprechenden Nachweisen zu belegen. Werden Kontoauszüge angefordert und/oder vorgelegt, dürfen Verwendungszweck bzw. Empfänger einer Überweisung - nicht aber deren Höhe - geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Arten von personenbezogenen Daten im Sinne des Art. 9 DSGVO handelt (Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit, Sexualleben oder der sexuellen Orientierung).

2. Erhebung und Übermittlung von Daten bei Dritten bzw. an Dritte

Personenbezogene Daten können zur Erhebung oder Überprüfung von Daten den folgenden Personen oder Stellen übermittelt werden:

- Angehörigen einer Haushaltsgemeinschaft zur Prüfung, ob und inwieweit die Vermutung einer Bedarfsdeckung gemäß § 39 SGB XII greift (§ 117 Abs. 1 Satz 3 SGB XII)
- Unterhaltspflichtigen, Kostenersatzpflichtigen, anderen Stellen (z. B. Banken, Sozialleistungsträger) und Personen zur Prüfung, ob vorrangige Ansprüche oder Guthaben bestehen oder Leistungen erbracht werden, die geeignet sind, die Sozialhilfeleistungen auszuschließen oder zu reduzieren (§ 117 Abs. 1 bis 3 SGB XII)
- Arbeitgebern zur Überprüfung von Einkommen, insbesondere des/der Leistungsberechtigten, Unterhaltspflichtigen oder Kostenersatzpflichtigen (§ 117 Abs. 4 SGB XII)
- anderen Stellen (z. B. Agentur für Arbeit, Jobcenter) oder Personen i. S. von § 12 SGB I, § 35 SGB I oder § 69 Abs. 2 SGB X wenn die Erhebung beim Betroffenen einen zu hohen Aufwand verursachen würde, eine Rechtsvorschrift die Erhebung zulässt oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreibt oder die Aufgaben nach dem SGB die Erhebung erforderlich machen
- Finanzämtern, soweit es erforderlich ist, um Auskunft über die dort bekannten Einkommens- und Vermögensverhältnisse zu erhalten (§ 117 Abs. 1 Satz 4 SGB XII, § 21 Abs. 4 SGB X)
- Bundeszentralamt für Steuern im Rahmen eines Kontenabrufs, wenn dieser erforderlich, um Konten festzustellen (§ 93 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 b und § 93b AO)
- Datenstelle der Rentenversicherung im Rahmen des automatisierten Datenabgleichs (§ 118 Abs. 1 und 2 SGB XII, Sozialhilfedatenabgleichsverordnung)
- Gemeinden und andere Stellen innerhalb des Landratsamtes (z. B. Jugendamt, Zulassungsstelle) um Daten zu überprüfen (§ 118 Abs. 4 SGB XII)
- in den §§ 67e bis 75 SGB X genannten Stellen für die dort bestimmten Zwecke Schulen, Kindertagesstätten, Anbieter von Leistungen für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung, Teilhabeleistungen und Lernförderung im Rahmen der Abrechnung der Leistungen mit dem Sozialamt bzw. durch Direktzahlung der Leistung (§ 34a SGB XII)
- Geldinstituten für Banküberweisungen an Zahlungsempfänger
- Statistischen Landesämtern und dem Bundesamt für Statistik und Datenverarbeitung für statistische Zwecke (§§ 121 ff. SGB XII)

3. Löschung Ihrer personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten werden gelöscht, wenn sie für die Bearbeitung im Rahmen des SGB XII nicht mehr benötigt werden und rechtliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind (nach 10 Jahren). Innerhalb der vorstehend genannten Fristen besteht kein Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO. Daten, die im Rahmen des Sozialhilfedatenabgleichs zur Verfügung gestellt werden, sind unverzüglich nach erfolgter Überprüfung zu löschen, wenn keine Abweichung festgestellt wurde (§ 118 SGB XII).

4. Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch; Widerruf einer Einwilligung; Beschwerde

Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten Sie beim Landkreis Helmstedt - Geschäftsbereich Soziales. Sie können auch den Datenschutzbeauftragten zu Rate ziehen. Auf Wunsch wird Ihnen ein Auszug zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zur Verfügung gestellt. Sollten die zu Ihrer Person gespeicherten Daten fehlerhaft oder unvollständig sind, können Sie jederzeit die unverzügliche **Berichtigung** oder Vervollständigung dieser Daten verlangen.

Unter den Voraussetzungen des Art. 18 DSGVO in Verbindung mit § 84 Abs. 3 SGB X können Sie eine **Einschränkung der Verarbeitung** Ihrer Daten verlangen (z. B. wenn der Geschäftsbereich Soziales 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).

Im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII besteht kein **Recht auf Datenübertragbarkeit** nach Art. 20 DSGVO, da die Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Art. 20 Abs. 3 DSGVO). Es besteht auch kein Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO, da sozialhilferechtlichen Vorschriften die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vorsehen (vgl. § 84 Abs. 5 SGB X).

Sollten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen **Einwilligung** verarbeitet (d. h. insbesondere erhoben) worden sein, können Sie diese Einwilligung jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerrufen. Dadurch wird jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf berührt. Sollten Sie mit den Auskünften des Geschäftsbereiches Soziales bzw. mit den vorgenommenen Verarbeitungen ihrer personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, können Sie sich mit einer **Beschwerde** an den Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde wenden.

5. Kontaktdaten/ Adressen

Verantwortlicher:

Landkreis Helmstedt, Herr Landrat Gerhard Radeck, Südertor 6, 38350 Helmstedt
Tel.: +49 5351 121-0
Fax: +49 5351 121-1600
E-Mail: kreisverwaltung@landkreis-helmstedt.de

Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Landkreises Helmstedt:

Landkreis Helmstedt, Südertor 6, 38350 Helmstedt
Tel.: +49 441 9714-159,
Fax: +49 441 9714-17159
E-Mail: datenschutzbeauftragter@landkreis-helmstedt.de

Landesdatenschutzbeauftragter für den Datenschutz Niedersachsen:

Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel.: +49 511 1204500
Fax: + 49 511 1204599
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de