Mühlenkreis
MINDEN-LÜBBECKE

Az.: 50.100. _____

- Sozialamt - Portastr. 13 32423 Minden	**Antrag auf Sozialhilfeleistungen für einen stationären Heimaufenthalt** **nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII)** **- Sozialhilfe -**	**Datum:**

Persönliche Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin

Name:	Geburtsdatum:	Familienstand:
Adresse vor Heimaufnahme:		
Hatten Sie in der Vergangenheit einen festen Wohnsitz im Ausland: ☐ ja, von / bis in: _____ ; ☐ nein		
Staatsangehörigkeit:	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:	

Ich bin/die von mir betreute Person ist/bereits untergebracht in bzw. (ich) soll in folgender Pflegeeinrichtung aufgenommen werden:

_____

Name und Adresse der Einrichtung, (geplanter) Tag der Aufnahme

Ich beantrage/die von mir betreute Person beantragt folgende Hilfeleistungen:

☐ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

☐ Leistungen für Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim von: / bis: _____

☐ Leistungen für Verhinderungspflege in einem Pflegeheim von: / bis: _____

☐ Leistungen für die stationäre Dauerpflege in einem Pflegeheim ab dem: _____

Angehörige

Ehemann/Ehefrau, Name/Adresse: _____

Beruf mit Bruttojahresverdienst _____ ; verstorben am: _____

Kinder *(auch Kinder aus früheren Ehen und Adoptivkinder; für weitere Kinder bitte gesonderte Aufstellung beifügen);* ☐ Ich habe keine Kinder

Name, Vorname:	**Geburtsdatum:**	**Straße, PLZ, Wohnort:**	**Beruf mit Jahresbruttoeinkommen:**

Amtliche Betreuung / Vollmacht (Geben Sie Name, Adresse und Telefon-Nr. Ihres Vertreters/Ihrer Vertreterin an):

_____

☐ Ich habe der og. Person Vollmacht erteilt, meine Angelegenheiten wahrzunehmen,

☐ Die og. Person wurde durch amtsgerichtlichen Beschluss zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin bestellt

Meine wirtschaftlichen Verhältnisse erkläre ich wie folgt:

Ich beziehe/ich und mein Ehegatte beziehen/die von mir betreute Person bezieht/derzeit folgende **Einkünfte:**

	zutreffendes ankreuzen	**Antragsteller*in € / Monat**	**Ehegatte / Lebens-partner € / Monat**
Arbeitseinkommen			
Selbstständige Tätigkeit	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Nettoerwerbseinkommen	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Renten aus der Sozialversicherung:			
Altersrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Witwen-/Witwerrente;	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Waisenrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Unfallrente/n	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Betriebsrente/n	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Auslandsrente/n (*Land:* _____)	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Sonstige Renten *(bitte eintragen):*			
BVG: ☐ Grundrente; ☐ Ausgleichsrente	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
LAG: Entschädigungsrente / Unterhaltshilfe	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Beamtenrechtliche Pension / Ruhegehalt / Witwengeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Sonstige Einkünfte *(bitte ankreuzen)*			
Wohngeld bzw. Mietzuschuss - *nach dem WoGG*	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Miete / Pacht	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Arbeitslosengeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Blindengeld - *nach dem GHBG*	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Kindergeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Krankengeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Sonstige, welcher Art: _____	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Sozialhilfeleistungen:			
Bürgergeld (SGB II)	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Ich habe Anspruch auf einen Grundrentenzuschlag	☐ **nein;** ☐ **ja**		

Ich besitze/ich und mein Ehemann besitzen/die von mir betreute Person besitzt derzeit folgendes **Guthaben:**

	zutreffendes ankreuzen	**Antragsteller*in €**	**Ehegatte / Lebenspartner €**
Bargeld mit Taschengeld	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Girokonten - bei der Bank/Sparkasse: 1. _____ IBAN: _____ ;	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
2. _____ IBAN: _____	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Sparguthaben - bei der Bank/Sparkasse: 1. _____ IBAN: _____ ;	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
2. _____ IBAN: _____	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
☐ Sparverträge / ☐ Bausparverträge	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
☐ Festgeldkonten / ☐ Tagesgeldkonten	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
☐ Wertpapiere / ☐ Fondsanteile	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Geschäfts- bzw. Genossenschaftsanteile	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Rückkaufswerte für kapitalbildende Lebensversicherungen	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Bestattungsvorsorgevertrag	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____
Sonstige Guthaben welcher Art:	☐ **nein;** ☐ **ja:**	_____	_____

Außerdem besitze ich/besitzt die von mir betreute Person/ folgende **Vermögenswerte**

Ich und/oder mein Ehegatte/Partner sind Halter von Kraftfahrzeugen bzw. von Wohn- oder sonst. Fahrzeuganhängern:
☐ **ja;** ☐ **nein**

wenn ja: amtl. Kennzeichen, Kilometerleistung, Restwert:

Ich und/oder mein Ehegatte/Partner bzw. die von mir betreute Person sind Eigentümer von Immobilien *in Deutschland:*
☐ **ja** *(bitte unten eintragen)* ☐ **nein**

Ich und/oder mein Ehegatte/Partner bzw. die von mir betreute Person sind Eigentümer von Immobilien *im Ausland:*
☐ **ja** *(bitte eintragen);* ☐ **nein**

Art der Immobilien	**Anzahl**	**Adressen der Grundstücke / Wohnungen**	**Grundstücke/Wohnungen sind eingetragen im Grundbuch von**	**Nummer Grundbuchblatt**
Einfamilienhaus /-häuser				
Zweifamilienhäuser und/ oder Mehrfamilienhäuser				
Eigentumswohnungen				
Gewerbebetrieb / land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb				
Unbebaute Grundstücke				

Ich habe/Ich und mein Ehegatte/Lebenspartner haben bzw. die von mir betreute Person hat Vermögenswerte an andere Personen übertragen ☐ **ja, vor mehr als 10 Jahren;** ☐ **ja, in den letzten 10 Jahren;** ☐ **nein**

Begünstigte/r *(Name, Adresse)* *ggf. separate Aufstellung beifügen)*	**Art der Zuwendung** *(was wurde übergeben)*	**Zeitpunkt der Zuwendung**	**Wert der Zuwendung** *(Betrag)*
			€
			€
			€
			€

Ich habe bzw. die von mir betreute Person hat anderen Personen aktuell Geldbeträge geliehen (privates Darlehen):

☐ **ja,** in Höhe von _____ **€;** ☐ **nein**

Ich habe/mein Ehegatte/Lebenspartner bzw. die von mir betreute Person oder deren Ehemann/Lebenspartner haben Grundstücke und/oder sonstige Sachwerte verkauft:

☐ **ja** *(Geben Sie verkaufte Gegenstände, Datum des Kaufvertrages/Verkaufs und Kaufpreis an; ggf. auf gesonderter Aufstellung);* ☐ **nein**

_____

Versicherungen

a) Kranken- und Pflegeversicherung *(zutreffendes ankreuzen und eintragen)*

Ich bin/die von mir betreute Person ist/kranken- und pflegeversichert: ☐ ja; ☐ nein

Ich bin/die von mir betreute Person ist/ weder kranken- noch pflegeversichert: ☐ ja

Wie hoch sind bei *freiwilliger bzw. privater* Kranken- und Pflegeversicherung die monatlichen Versicherungsbeiträge:

Antragsteller*in: _____ €; Ehegatte/Partner: _____ €

Ich bin/die von mir betreute Person ist/nicht krankenversichert, aber bereits bei einer Krankenkasse als Betreuungsfall angemeldet (§ 264 SGB V):

☐ ja, bei der _____ ; ☐ nein

Für mich/für die von mir betreute Person wurde bereits ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt: ☐ **ja;** ☐ **nein**

wenn ja: Welcher Pflegegrad wurde Ihnen zuerkannt: ☐ kein, ☐ Pflegegrad: 1, ☐ Pflegegrad: 2, ☐ Pflegegrad: 3, ☐ Pflegegrad 4, ☐ Pflegegrad: 5

Wann wurde das aktuell gültige Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellt: _____

Ich habe bzw. die von mir betreute Person hat jetzt wegen einer Veränderung des Gesundheitszustandes einen Antrag auf Zuerkennung eines anderen Pflegegrades gestellt: ☐ **ja;** ☐ **nein**

b) Sonstige Versicherungen / Vorsorgemaßnahmen *(zutreffendes ankreuzen und eintragen)*

Ich habe/die von mir betreute Person hat folgende Versicherung/en abgeschlossen:

☐ **Privathaftpflichtversicherung;** ☐ **Hausratversicherung;** ☐ **Gebäudeversicherungen;**

☐ **Ich habe/Wir haben keine der og. Versicherungen abgeschlossen**

Ich zahle/mein Ehegatte/Partner bzw. die von mir betreute Person zahlt Beiträge in ***staatlich geförderte*** **Altersvorsorgemaßnahmen** ein:

Antragsteller*in: ☐ **ja,** in ☐ betriebliche Altersvorsorge; ☐ Riester-Vertrag; ☐ Rürup-Vertrag; ☐ **nein**

Ehegatte/Partner: ☐ **ja,** in ☐ betriebliche Altersvorsorge; ☐ Riester-Vertrag; ☐ Rürup-Vertrag; ☐ **nein**

wenn ja: Wie hoch sind die monatlichen Versicherungsbeiträge: Antragsteller*in _____ €, Ehegatte/Partner: _____ €

Weitere Angaben *(zutreffendes jeweils ankreuzen und eintragen)*

Ich habe/die von mir betreute Person hat/ einen Beihilfeanspruch auf beamtenrechtlicher Grundlage: ☐ **ja;** ☐ **nein**

_____

wenn ja: *(bitte Name und Adresse der Beihilfestelle sowie die Mitgliedsnummer angeben);*

Ich habe bzw die von mir betreute Person hat Anspruch auf vertraglich zugesicherte Rechte in Form von

☐ Altenteilsrecht, ☐ Wohnungsrecht, ☐ Recht auf _____

Ich habe/mein Ehegatte/Partner/die von mir betreute Person hat auf die Ableistung vertraglich zugesicherter Rechte verzichtet ☐ **ja;** ☐ **nein**

Sofern die Kosten, für die Sie hiermit Sozialhilfemittel beantragen, schon vor der Stellung dieses Antrags regelmäßig angefallen sind, bis wann haben Sie diese Kosten selbst gezahlt *(Datum):* _____

Ich habe bei Aufnahme in die Einrichtung eine Vorauszahlung geleistet: ☐ **ja,** in Höhe von _____ €; ☐ **nein**

Schwerbehindertenausweis *(zutreffendes ankreuzen und eintragen)*

Wer hat einen Ausweis:	*bitte ankreuzen*	***wenn ein Schwerbehindertenausweis vorliegt:***		
		Ausweis ist gültig bis:	Grad der Behinderung:	Merkzeichen:
Antragsteller*in	☐ **nein;** ☐ **ja:**			
Ehegatte / Lebenspartner	☐ **nein;** ☐ **ja:**			

Angaben zur Wohnung *(zutreffendes jeweils ankreuzen und ausfüllen)*

☐ Ich lebe in einem eigenen Haus/einer Eigentumswohnung *(Rentabilitätsberechnung für die laufenden Kosten beifügen!)*

☐ Ich wohne mietfrei ☐ **ja;** ☐ **nein**

☐ Ich bin Mieter/in ☐ einer Wohnung; ☐ eines Hauses

Kosten der Mietwohnung:

Kaltmiete: _____ € + Nebenkosten: _____ € + Heizung: _____ € = _____ **€/Monat**

Mit welcher Energieart wird Ihre Wohnung geheizt: ☐ Öl; ☐ Gas; ☐ Strom; ☐ Sonstige: _____

Ich habe bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt: ☐ **ja, in Höhe von:** _____ **€**; ☐ **nein**

Geben Sie Ihre Wohnung endgültig auf *(z. B. weil Sie auf Dauer in eine Einrichtung einziehen):* ☐ **ja;** ☐ **nein**

wenn ja: Haben Sie den Wohnraum-Mietvertrag bereits gekündigt: ☐ **ja, zum** *(Datum angeben):* _____ ; ☐ **nein**

Abschließende Angaben

Sind Sie damit einverstanden, dass die Pflegeeinrichtung eine Durchschrift des Bescheides über die Bewilligung von Sozialhilfeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch erhält ☐ **ja;** ☐ **nein**
Hinweis: Ablehnungsbescheide werden nicht an die Einrichtungen weitergegeben.

_____
(Ort, Datum)

_____
Unterschrift Antragsteller*in, Ehegatte bzw. Lebenspartner*in, Betreuer*in / Bevollmächtigte/r

_____
Datum

Kreis Minden-Lübbecke
-Sozialamt-
Portastraße 13
32423 Minden

Antrag auf Pflegewohngeld ab _____
(bitte Datum eintragen)

☐ Neuantrag ☐ Änderung ☐ Heimplatzwechsel ☐ Verlängerungsantrag

A. Angaben zu dem/der Heimbewohner/in

Name	Vorname	Geburtsdatum

Letzte Anschrift vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung	Familienstand
	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

Tag der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung		Aktenzeichen Pflegewohngeld (falls bekannt)
	☐ Einzelzimmer ☐ Mehrbettzimmer	

Der/Die Pflegebedürftige besitzt Ansprüche auf Kriegsopferfürsorge (KOF) ☐ JA ☐ NEIN

Der/Die Pflegebedürftige erhält Sondennahrung ☐ JA ☐ NEIN

B. Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen

Bescheid der Pflegekasse ☐ ist beigefügt ☐ liegt bereits vor ☐ wird nachgereicht

Einkommens- und Vermögensnachweis des Bewohners/Ehegatten/Lebenspartners anfordern bei:

Name, Anschrift:

C. Angaben der Pflegeeinrichtung

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

☐	Für die Einrichtung besteht eine Vergütungsvereinbarung gem. § 85 und 87 SGB XI.
☐	Nachweis über die genehmigten gesondert berechenbaren Aufwendungen gem. § 82 Abs. 3 SGB XI / § 13 iVm § 17 PfG NW ist beigefügt bzw. liegt dem Kreis Minden-Lübbecke bereits vor.
☐	Das Ergebnis der Festsetzung nach § 12 APG DVO ist beigefügt bzw. liegt dem Kreis Minden-Lübbecke bereits vor.
☐	Es wird bestätigt, dass der/die Heimbewohner/in einen Pflegesatz belegt, der pflegewohngeld-rechtlich bezuschusst werden kann.
☐	Die gesondert berechenbaren Aufwendungen, soweit hierauf Pflegewohngeld gezahlt wird, werden der/dem Pflegebedürftigen NICHT in Rechnung gestellt.
☐	Eine Zustimmung des Bewohners zur Antragstellung liegt vor.

_____ _____
Unterschrift der/des Heimbewohners/in bzw. Vertreter/in Unterschrift und Stempel der Einrichtung

Zustimmung zur Antragstellung auf Pflegewohngeld

Hiermit erkläre ich gem. § 16 Abs. 2 APG DVO

Name	Vorname	Geburtsdatum

meine Zustimmung zur Antragstellung auf Leistungen gem. § 14 Alten- und Pflegegesetz (APG NW) – Pflegewohngeld – durch den Träger der Einrichtung

Name der Pflegeeinrichtung
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Eine das weitere Verwaltungsverfahren betreffende Vollmacht wird hierdurch nicht begründet.

Meine Mitwirkungspflichten gem. § 16 Abs. 3 APG DVO iVm §§ 60, 66 und 67 SGB I habe ich ausdrücklich zur Kenntnis genommen.

Die Zahlung des Pflegewohngeldes erfolgt gem. § 16 Abs. 4 APG DVO unmittelbar an die Einrichtung.

Ort	Datum	Unterschrift der/des Antragsteller/in bzw. der/des Bevollmächtigten/Betreuer/in

Anlage zum Antrag auf Hilfe zur stationären Pflege nach dem Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII)

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,
auf die nachstehend beschriebenen Leistungen haben Sie einen Rechtsanspruch, wenn die Voraussetzungen für deren Gewährung vorliegen. Damit Ihnen die beantragte(n) Leistung(en) gewährt werden kann/können, werden Sie gebeten, zu jedem Antragspunkt Ihre Angaben zu machen und Ihren Angaben unbedingt die entsprechenden Nachweise hinzuzufügen.

Hilfe bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung

Grundsatz: Hilfe bei Pflege in Einrichtungen wird nur nachrangig gewährt. Die Gewährung dieser Leistung ist abhängig vom Einsatz des Einkommens und Vermögens sowie der Realisierung von vorrangigen Ansprüchen.
Das heißt, dass vor der Beantragung dieser Leistung **alle Möglichkeiten** auszuschöpfen sind, die helfen können, einen Sozialhilfebezug abzuwenden. Dazu gehört neben dem Einsatz **aller Einnahmen** und des **gesamten Vermögens**, soweit dieses den **Schonbetrag** von 10.000 € für Alleinstehende bzw. 20.000 € bei Ehepartnern übersteigt, auch die Inanspruchnahme aller **vorrangig Verpflichteten.** Das können sein, die Pflegeversicherung, vertraglich Verpflichtete, Dritte gegen die Ansprüche bestehen oder auch unterhaltspflichtige Angehörige. Ist **Haus- bzw. Wohneigentum** vorhanden, so ist dieses dann zu verwerten, wenn nicht der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner im häuslichen Bereich verbleibt **und** das Haus- bzw. Wohneigentum im Sinne der sozialhilferechtlichen Vorschriften als **geschützt** anzusehen ist. **Vorrang hat also immer die Selbsthilfe!**

Sozialhilfe wird nur bei vorliegendem Bedarf gewährt.

Nur wenn weder Sie noch Dritte die Kosten der Einrichtung decken bzw. decken können, kommen Leistungen aus der Sozialhilfe in Betracht.

Zahlungen die Sie oder andere Personen noch ohne sozialhilferechtliche Verpflichtung an den Heimträger leisten oder geleistet haben, erhalten Sie

aus Sozialhilfemitteln nicht erstattet. Sie erhalten auch dann **keine Erstattung** aus Sozialhilfemitteln, wenn Sie auch das Ihnen zustehende Schonvermögen zur Begleichung der in der Einrichtung angefallenen Kosten verwendet haben.
Ich stelle Ihnen anheim, bis zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Sozialhilfe und nach Rücksprache mit dem Pflegeheim zunächst nur Ihre Rente abzüglich ggfls. noch zu leistender Miete und eines Freibetrages von 100 € für persönliche Bedürfnisse zur Begleichung der Heimkosten einzusetzen. Dieser Einkommenseinsatz wird im Regelfall auch im Fall einer Hilfegewährung von Ihnen verlangt.

Heimbetreuungsbedürftigkeit

Eine Übernahme der nicht gedeckten Kosten in der vollstationären Einrichtung kann nur dann erfolgen, wenn auch Heimbetreuungsbedürftigkeit gegeben ist. Das gilt jedoch nur für einen stationären **auf Dauer** angelegten Heimaufenthalt.
Ich empfehle daher dringend, einen Heimvertrag für einen dauerhaften Verbleib im Pflegeheim erst dann abzuschließen, wenn das Vorliegen einer Heimbetreuungsbedürftigkeit abschließend geklärt ist. Das kann vor einer Heimaufnahme in Ihrer Wohnung erfolgen oder wenn Sie sich vor einem geplanten dauerhaften Aufenthalt zur Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim aufhalten, während dieser Zeit.
Sollten meine Ermittlungen ergeben, dass Sie nicht heimbetreuungsbedürftig sind, dann haben Sie möglicherweise die Kosten für den Einrichtungsaufenthalt selbst zu zahlen bzw. wenn Sie finanziell dazu nicht in der Lage sind, die Einrichtung wieder verlassen, um in den häuslichen Bereich zurückzukehren. *Geben Sie deshalb auf keinen Fall Ihre bisherige Wohnung vorzeitig auf!*

Beachten Sie bitte diese Hinweise, denn sie sollen Ihnen helfen, einen finanziellen Schaden durch übereiltes Handeln zu vermeiden.
Da in einem solchen Hinweisblatt nicht auf alle möglichen Notsituationen eingegangen werden kann, empfehle ich Ihnen, sich bei offenen Fragen mit der zuständigen Sachbearbeiterin bzw. dem zuständigen Sachbearbeiter in Verbindung zu setzen.

_____ , geb. am _____

Name der Antragstellerin / des Antragsstellers

_____

Name, Vorname, Anschrift Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

_____

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung

Schweigepflichtentbindung und Datenverarbeitung

1. Auskunftserteilung und Datenverarbeitung

Soweit zur Prüfung des Anspruchs auf Sozialhilfe und/oder Pflegewohngeld Auskünfte oder Unterlagen von Dritten erforderlich sind, entbinde ich die beteiligten Stellen (z. B. Behörden, Sozialleistungsträger, Kranken- und Pflegekassen, Versicherungen, Arbeitgeber oder Pflegeinrichtungen) für die Dauer des Leistungsbezugs von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte sowie der Herausgabe notwendiger Unterlagen zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I, § 117 SGB XII).

Die zur Bearbeitung des Antrags und zur Leistungsgewährung erforderlichen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Nähere Informationen hierzu enthält das diesem Antrag beigefügte Informationsblatt zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO.

2. Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt des diesem Antrag beigefügten Informationsblattes zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO.

3. Freiwilligkeit und Widerrufsrecht

Diese Einwilligung erfolgt absolut freiwillig. Mir ist bekannt, dass mir aus der Verweigerung der Einwilligung keine rechtlichen Nachteile bei der grundsätzlichen Prüfung meines Anspruchs auf Sozialhilfe und/oder Pflegewohngeld entstehen.
Allerdings kann eine Verweigerung dazu führen, dass die Bearbeitung verzögert wird und ich Nachweise manuell beim Sozialamt einreichen muss.
Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Sozialamt formlos widerrufen.

4. Geltungsdauer

Diese Einwilligung ist befristet für die Dauer meines Aufenthaltes in der oben genannten Pflegeeinrichtung bzw. für die Dauer des dortigen Leistungsbezugs über das Sozialamt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift erklärende Person

Name des Vollmachtgebers:
Anschrift:

B e v o l l m ä c h t i g u n g

Ich bevollmächtige hiermit

_____ ,

für mich Sozialhilfeleistungen zu beantragen und mich während der Dauer des Bezuges von Sozialhilfeleistungen gegenüber den zuständigen Sozialamt und – soweit es für die Sozialhilfeangelegenheit von Bedeutung ist - auch gegenüber anderen Personen oder Einrichtungen zu vertreten sowie alle mit der Sozialhilfegewährung verbundenen Verpflichtungen wahrzunehmen und diesbezüglich erforderliche Erklärungen mit rechtsverbindlicher Wirkung in meinem Namen abzugeben.

Diese Vollmacht schließt die Entgegennahme und das Öffnen von Briefen des Sozialamtes ausdrücklich ein.

Diese Vollmacht gilt bis zum Widerruf und ist ausdrücklich auf die im Zusammenhang mit der Sozialhilfeangelegenheit zu treffenden Veranlassungen beschränkt. Sie endet, sobald ein Sozialhilfebedarf nicht mehr besteht.

_____ ,
Ort, Datum

_____
(eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers)

_____ , geb. am _____

Name der Antragstellerin / des Antragsstellers

_____

Name, Vorname, Anschrift Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

_____

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung

Datenschutzrechtliche Einwilligung bzgl. des Informationsaustausches und der Datenübermittlung zwischen Sozialamt und Pflegeeinrichtung

5. Gegenstand und Zweck der Einwilligung

Ich willige hiermit ein, dass das Sozialamt des Kreises Minden-Lübbecke und die oben genannte Pflegeeinrichtung gegenseitig Informationen und personenbezogene Daten (insb. Sozialdaten) austauschen dürfen.
Der Austausch erfolgt ausschließlich zu dem Zweck der Bearbeitung, Bewilligung und Abrechnung der Sozialhilfe- und/oder Pflegewohngeldleistungen im Rahmen meines Aufenthaltes im Pflegeheim.

6. Umfang der Datenübermittlung

Die Einwilligung umfasst die Übermittlung und den Austausch folgender Daten und Unterlagen:

- Einkommensverhältnisse: Angaben und Nachweise über laufende Einkünfte (z.B. Renten, Pflegekassenleistungen, sonstige Einnahmen).
- Vermögensverhältnisse: Angaben über vorhandenes und einzusetzendes Vermögen soweit dies für die Auszahlung der Sozialhilfeleistungen relevant ist.
- Leistungshöhe und Bescheide: Informationen über die Höhe der bewilligten Sozialhilfe- und/oder Pflegewohngeldleistungen sowie die Zusendung von Kopien der Bewilligungs-, Änderungs- und Aufhebungsbescheide direkt an das Pflegeheim. Austausch von Berechnungsbögen und Protokollen zur lückenlosen Bedarfsdeckung.

7. Freiwilligkeit und Widerrufsrecht

Diese Einwilligung erfolgt absolut freiwillig. Mir ist bekannt, dass mir aus der Verweigerung der Einwilligung keine rechtlichen Nachteile bei der grundsätzlichen Prüfung meines Anspruchs auf Sozialhilfe und/oder Pflegewohngeld entstehen.
Allerdings kann eine Verweigerung dazu führen, dass die Abrechnung verzögert wird und ich Nachweise manuell beim Sozialamt und der Pflegeeinrichtung einreichen muss.
Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Sozialamt formlos widerrufen. Nach dem Widerruf findet ein direkter Datenaustausch nicht mehr statt; bereits bis zum Widerruf erfolgte Datenübermittlungen bleiben rechtmäßig.

8. Geltungsdauer

Diese Einwilligung ist befristet für die Dauer meines Aufenthaltes in der oben genannten Pflegeeinrichtung bzw. für die Dauer des dortigen Leistungsbezugs über das Sozialamt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift erklärende Person

Informationen zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13, 14 DSGVO

- **Verantwortlich für die Datenerhebung ist:**

  Kreis Minden-Lübbecke – Der Landrat –, Portastraße 13, 32423 Minden

- **Zweck der Datenverarbeitung**

  Gewährung von Leistungen nach dem 3. – 9. Kapitel Sozialgesetzbuch Teil XII

- **Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

  Sozialgesetzbücher I bis XII,
  insbesondere:
  §§ 60 – 65 SGB I
  §§ 20 – 25 SGB X
  §§ 67 – 96 SGB X
  Art. 6 Abs.1 DSGVO

- **Kategorien der verarbeiteten Daten**

  Es werden die zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB XII notwendigen personenbezogenen Daten verarbeitet. Das sind beispielsweise Datenkategorien wie Stammdaten (Name, Adresse, etc.) und Daten über die finanzielle Situation (Wohnkosten, Einkünfte oder Vermögen).

- **Datenquelle**

  Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe erhoben
  - bei der betroffenen Person
  - im Rahmen eines nach § 79 SGB X zulässigen autorisierten Abrufverfahrens bei der Deutschen Rentenversicherung als zentrale Stelle für die in § 35 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) genannten Stellen.
  - bei den in den §§ 117 ff SGB XII genannten Stellen, <u>insbesondere</u> bei anderen Behörden und anderen Sozialleistungsträgern sowie bei Unterhaltspflichtigen

  Hinweis:
  Sofern die notwendigen Daten nicht vollumfänglich bereit gestellt werden, kann beispielsweise eine Leistungserbringung nach dem SGB XII abgelehnt, versagt oder entzogen werden.

- **Empfänger der Daten**

  - Kreis Minden-Lübbecke als örtlicher Träger der Sozialhilfe
  - vom Antragsteller / von der Antragstellerin bevollmächtigte Personen
  - Sozialgerichte im sozialgerichtlichen Verfahren
  - in § 35 SGB I genannte Stellen sowie gleichgestellte Stellen im Sinne des § 69 Abs. 2 SGB X
  - sonstige Stellen, an die eine Übermittlung von Daten zulässig ist
  - berechtigte Dritte

- **Dauer der Datenspeicherung**

  Für Sozialleistungsakten gilt i. d. R. eine 10jährige Aufbewahrungsfrist nach Beendigung des Leistungsfalls. Sofern Ansprüche auf Erstattungen aus der Leistungsgewährung geltend gemacht werden, kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen bis zu 30 Jahren aufbewahrt werden müssen.

- **Ihre Rechte:**

  - **Auskunft** über die erhobenen Daten
  - **Berichtigung** unrichtiger oder unrichtig gewordener Daten
  - Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so kann die **Löschung** oder **Einschränkung der Verarbeitung** verlangt werden sowie **Widerspruch gegen die Verarbeitung** eingelegt werden.
  - Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage einer Einwilligung erfolgt, ist ein jederzeitiger **Widerruf der Einwilligung** mit Wirkung für die Zukunft möglich.
  - **Beschwerdemöglichkeit** bei der Aufsichtsbehörde:
    Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (LDI NRW)
    Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel. 0211/38424-0, Fax: -10
    E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de; Internet: www.ldi.nrw.de

- **Kontaktdaten behördliche Datenschutzbeauftragte**

  Kreis Minden-Lübbecke – Datenschutzbeauftragte –, Portastraße 13, 32423 Minden
  E-Mail: datenschutz@minden-luebbecke.de; Tel.-Nr.: 0571/807-22140; Fax-Nr.: 0571/807-32140