

# Antrag auf Gewährung von Hilfen

Wissenschaftsstadt  
Darmstadt



Amt für Soziales und Prävention

Postfach 11 10 61  
64225 Darmstadt

Der Magistrat

- Hilfe zum Lebensunterhalt** (Drittes Kapitel Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII))
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (Viertes Kapitel SGB XII)
- Hilfen zur Gesundheit** (Fünftes Kapitel SGB XII)
- Hilfe zur Pflege** (Außerhalb von Einrichtungen/in Einrichtungen, Siebtes Kapitel SGB XII)
- Leistungen nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz** (AsylbLG)

## Von der Behörde auszufüllen:

Bekanntwerden Bedürftigkeit	Aushändigung Antrag am	Eingang Antrag am
Datum	Datum	Datum

## 1. Persönliche Angaben

	Antragsteller/-in	Ehegattin bzw. Ehegatte, Lebensgefährtin/Lebensgefährte, Lebenspartnerin/Lebenspartner
Nachname, Vorname		
Frühere Namen/Geburtsname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit/en		
Aufenthaltsstatus (Ausländer)		
Ausweisdokument - (Art, Nr.)		
Rentenversicherungsnummer		
Telefonnummer, E-Mail (freiwillig)		
Schulabschluss/Beruf (freiwillig)		

**Gesetzliche Betreuung oder Bevollmächtigte bzw. Bevollmächtigter  
(Bitte Betreuerausweis beifügen)**

	für die antragstellende Person	für die Eheleute, die Lebensgefährtin/den Lebensgefährten, die Lebenspartnerin/den Lebenspartner
Nachname, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		

**2. Sonstige in der Haushaltsgemeinschaft lebende Personen  
(z. B. Kinder, Eltern, Verwandte usw.)**

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Nachname, Vorname				
Frühere Namen/ Geburtsname				
Geburtsdatum, Geburtsort				
Geschlecht				
Familienstand				
Verhältnis zur antragstellenden Person				
Staatsangehörigkeit/en				
Aufenthaltsstatus (Ausländer)				
Ausweisdokument (Art, Nr.)				
Nummer Ausweisdokument				
Rentenversicherungsnummer				
Schulabschluss/Beruf (freiwillig)				

**Hinweis:**

Beachten Sie bitte, dass Personen unter 25 Jahren Leistungen für Bildung und Teilhabe beanspruchen können. Wenden Sie sich hierbei bitte postalisch an das Amt für Soziales und Prävention, Frankfurter Straße 71, 64293 Darmstadt, Bildungs- und Teilhabepaket, per E-Mail an [but@darmstadt.de](mailto:but@darmstadt.de) telefonisch unter den Telefonnummern: 06151/115.

### 3. Aufenthaltsverhältnisse

Seit wann leben Sie in Darmstadt?	Datum
Von wo sind Sie ggf. zugezogen?	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
ggf. Staat	

Haben Sie bisher Sozialleistungen bezogen? Wenn ja, wo und welche?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Sozialleistung
Zeitraum des Leistungsbezuges	von            bis
Sozialleistungsträger	Name

Haben Sie bisher Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (z.B. über den LWV Hessen)?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Eingliederungshilfe
Zeitraum des Leistungsbezuges	von            bis
Träger	Name

Bitte den entsprechenden Bescheid beilegen.

Sofern Sie in einem Pflegeheim leben, wo hatten Sie in den letzten zwei Monaten vor Ihrer Heimaufnahme Ihren letzten Wohnsitz?

Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

#### 4. Kosten der Unterkunft

**Hinweis:**

Bitte fügen Sie den Mietvertrag, die Mietbescheinigung oder den Untermietvertrag und den dazugehörigen (Haupt-)Mietvertrag, die Meldebescheinigung und/oder den Heimunterbringungs-nachweis bzw. einen Grundbuchauszug und Nachweis der Zinsbelastungen bei.

Ich bin bzw. wir sind

- Mieter/in  Untermieter/in
- im eigenen Haus/in eigener Wohnung (Eigentum)
- in einer Obdachlosenunterkunft/ohne festen Wohnsitz/in einem Erstwohnhaus

Die Wohnfläche beträgt \_\_\_\_ qm. Es wohnt bzw. es wohnen \_\_\_\_ Person(en) auf der Wohnfläche.

Mietkosten insgesamt	EUR
- davon Grundmiete	EUR
- davon Betriebskosten	EUR
- davon Heizkosten	EUR
Hausgeld (bei Eigentum)	EUR

Sollen Ihre Mietkosten direkt an Ihre Vermieterin bzw. Ihren Vermieter geleistet werden?

- ja  nein

Überweisen Sie die Mietkosten bitte als Direktzahlung an das nachstehende Konto:

Name Vermieter	
Anschrift Vermieter	
Verwendungszweck	
IBAN	

Wurde die Miete für den Antragsmonat gezahlt?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grund
---	-------



Falls Ihre Stromkosten nicht bereits in der Miete enthalten sind, sollen Ihre Abschläge für Strom direkt an Ihren Stromanbieter geleistet werden?

ja       nein

**Hinweis:**

Bitte fügen Sie einen Nachweis der Stromkosten bei, z. B. Verbrauchsabrechnung/Abschlagsplan. Mir ist bewusst, dass durch die Direktzahlung meiner Stromabschläge der Abschlagsbetrag nach § 27 a Abs. 1 S. 1 SGB XII von meinem Regelbedarf einbehalten wird, da Strom (Haushaltsenergie) bereits von diesem umfasst ist.

**6. Kranken- und Pflegeversicherung**

**Hinweis:**

Bitte legen Sie eine aktuelle Bescheinigung der Krankenkasse vor, bei der Sie zurzeit versichert sind bzw. zuletzt versichert waren oder ggf. den Nachweis der Antragstellung auf freiwillige Krankenversicherung.

	Antragsteller/-in	Ehegattin bzw. Ehegatte, Lebensgefährtin/Lebensgefährte, Lebenspartnerin/Lebenspartner
Es besteht:	<input type="checkbox"/> <b>kein</b> Krankversicherungsschutz	<input type="checkbox"/> <b>kein</b> Krankversicherungsschutz
<input type="checkbox"/> ein eigenes Versicherungsverhältnis		<input type="checkbox"/> eine Familienversicherung
Name der Krankenkasse		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Versicherungs-/ Mitgliedsnummer		
	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	<input type="checkbox"/> Private Versicherung
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über
	<input type="checkbox"/> Krankversicherung über Rente	<input type="checkbox"/> Krankversicherung über Rente

Es besteht:	ggf. Haushaltsangehörige	ggf. Haushaltsangehörige
	<input type="checkbox"/> kein Krankversicherungs- schutz	<input type="checkbox"/> kein Krankversicherungs- schutz
<input type="checkbox"/> ein eigenes Versicherungsverhältnis		<input type="checkbox"/> eine Familienversicherung
Name der Krankenkasse		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Versicherungs-/ Mitgliedsnummer		
	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	<input type="checkbox"/> Private Versicherung
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über
	<input type="checkbox"/> Krankversicherung über Rente	<input type="checkbox"/> Krankversicherung über Rente

## 7. Hilfe zur Pflege

Sind Sie oder eines Ihrer Haushaltsmitglieder pflegebedürftig laut Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)?

**Hinweis:** Falls bereits ein Pflegegrad festgestellt wurde, legen Sie uns bitte das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor.

ja       nein

Nachname	Vorname	Pflegegrad
ggf. weitere Haushaltsangehörige:		

Welche Pflegeleistungen beantragen Sie?

Pflegeheim                       ja                       nein  
Pflegegeld                         ja                         nein  
Ambulanter Pflegedienst       ja                         nein

**Hinweis:** Legen Sie uns hierzu bitte einen Kostenvoranschlag des Pflegedienstes vor.

## 8. Mehrbedarf

**Hinweis:** Legen Sie bitte die entsprechenden Nachweise vor.

Besitzt eine der o. g. Personen einen Schwerbehindertenausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“?

nein  ja, bitte den Ausweis beifügen

Ist eine der o. g. Personen voll erwerbsgemindert i. S. d. gesetzlichen Rentenversicherung?

nein  ja, bitte den Rentenbescheid oder ein ärztliches Gutachten beifügen

Ist eine der o. g. Personen schwanger?

nein  ja, bitte den Mutterschaftspass oder ein ärztliches Attest beifügen

Benötigt eine der o. g. Personen eine kostenaufwändige Ernährung?

nein  ja, bitte ein ärztliches Attest mit Angabe der Diagnose beifügen

Sind Sie alleinerziehend?  nein  ja

### Anzahl Kinder

	Nachname, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
ggf. weitere Kinder:		

Haben Sie Mehraufwendungen für die Warmwasseraufbereitung (z. B. Boiler)?

nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_ EUR monatlich (Bitte Nachweis beifügen)

Haben Sie Mehraufwendungen bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung?  
(Bitte Nachweis beifügen)

nein  In einer Werkstatt für behinderte Menschen nach § 56 SGB IX

ja  Bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX

Mal pro Woche:  Im Rahmen vergleichbarer anderer tagesstrukturierender Angebote

## 9. Einkommen

### Hinweis:

Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise bei, z. B. Rentenerstbescheid und aktuelle Rentenbescheide, Lohnabrechnungen, Unterhaltstitel, betriebswirtschaftliche Auswertungen etc.

Einkommensart	Betrag (netto)	Name Einkommensbezieher/in
Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> aus selbständiger Tätigkeit <input type="checkbox"/> aus nicht selbständiger Tätigkeit	EUR	
Kapitalerträge	EUR	
Miet- und Pachteinnahmen	EUR	
Eigenheimzulage	EUR	
Arbeitslosengeld I	EUR	
Bürgergeld	EUR	
Krankengeld	EUR	
Verletztengeld	EUR	
Insolvenzgeld	EUR	
Übergangsgeld	EUR	
Kindergeld	EUR	
Elterngeld	EUR	
Unterhaltsgeld	EUR	
Unterhaltsvorschuss nach dem Unterhaltsvorschussgesetz	EUR	
Berufsausbildungsbeihilfe	EUR	
BaföG-Leistungen	EUR	
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz	EUR	
Versorgungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	EUR	
Rente <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> befristet bis 20	EUR	
Altersrente	EUR	

Witwen- bzw. Witwerrente	EUR	
Waisenrente	EUR	
Betriebsrente	EUR	
Leibrente	EUR	
Unfallrente	EUR	
Sonstige Rente (z. B. ausländische Rente)	EUR	
Sachbezüge in Form von <input type="checkbox"/> Verpflegung <input type="checkbox"/> freier Unterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Ansprüche	EUR	
Vertragliche Ansprüche	EUR	
Sonstiges Einkommen	EUR	

**Ich bestätige, dass alle Einkünfte vollständig sind und keine weiteren Einkünfte erzielt werden.**

**10. Vom Einkommen eventuell abzusetzende Beträge und besondere finanzielle Belastungen**

**Hinweis:** Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

**keine abzsetzbaren Beträge**

ggf. abzsetzbare Beträge	Betrag	ggf. abzsetzbare Beträge	Betrag	Person
Krankenversicherung	EUR	Beiträge für Berufsverbände	EUR	
Pflegeversicherung	EUR	Aufwendungen für Arbeitsmittel	EUR	
Rentenversicherung	EUR	Fahrtkosten zur Arbeitsstätte: <input type="checkbox"/> mit ÖPNV <input type="checkbox"/> mit PKW	EUR	
Lebensversicherung	EUR		EUR	
Sterbeversicherung	EUR		EUR	
Hausratversicherung	EUR	Sonstige abzsetzbare Beträge oder Versicherungen	EUR	
Haftpflichtversicherung	EUR			
Altersvorsorgebeiträge	EUR			
Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in Kilometer) und sonstigen abzsetzbaren Beträgen.				

## 11. Vermögen

**Hinweis:** Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, insbesondere Ihre Kontoauszüge der letzten drei Monate (lückenlos) in Kopie bei.

Ich verfüge bzw. wir verfügen über folgende Vermögenswerte:

Vermögensart	Wert	Vermögensart	Wert
<input type="checkbox"/> Barvermögen	EUR	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug	EUR
<input type="checkbox"/> Lebens- /Rentenversicherung	EUR	<input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitz/ Eigentumswohnung	EUR
<input type="checkbox"/> Aktien/Fonds	EUR	<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung	EUR
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag	EUR	<input type="checkbox"/> Private Altersvorsorge	EUR
<input type="checkbox"/> Sparguthaben	EUR	<input type="checkbox"/> sonstiges Vermögen	EUR

Ich habe bzw. wir haben in den letzten zehn Jahren Vermögenswerte (über 250,00 EUR) verschenkt oder veräußert bzw. Grundbesitz übergeben:

nein  ja, bitte entsprechenden Nachweis beifügen

**Ich bestätige, dass alle Angaben zum Vermögen vollständig sind und kein weiteres Vermögen besteht.**

## 12. Unterhaltsansprüche

**12.1 Verfügt eines Ihrer Kinder oder verfügen Ihre Eltern gemeinsam über erhebliches Einkommen (ab 100.000,00 EUR brutto jährlich)?**

nein  ja

Nachname	Vorname	Anschrift	Beruf	jährliches Einkommen
				EUR
				EUR
				EUR

**12.2 Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Eheleute oder Partnerinnen bzw. Partner einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird gezahlt in Höhe von monatlich	EUR
<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet	
<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind titulierte (Bitte Titel/Urkunde beifügen)	
<input type="checkbox"/> Jährliches Einkommen der getrennt lebenden oder geschiedenen Partnerin bzw. des getrennt lebenden oder geschiedenen Partners	EUR

**12.3 Haben Sie unterhaltsberechtigte/-verpflichtete Angehörige außerhalb des Haushalts?**

**Hinweis:** z. B. Kindesunterhalt, Elternunterhalt, Betreuungsunterhalt, Ehegattenunterhalt

nein       ja

Nachname, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschafts- verhältnis zur antragstellenden Person	Anschrift	Status
				zum Unterhalt <input type="checkbox"/> verpflichtet <input type="checkbox"/> berechtigt
				zum Unterhalt <input type="checkbox"/> verpflichtet <input type="checkbox"/> berechtigt
				zum Unterhalt <input type="checkbox"/> verpflichtet <input type="checkbox"/> berechtigt
				zum Unterhalt <input type="checkbox"/> verpflichtet <input type="checkbox"/> berechtigt

**12.4 Unterhaltspflichtige Personen gegenüber der antragstellenden Person im Bereich des AsylbLG**

**Hinweis:** Z. B. die getrennt lebenden Eheleute oder geschiedenen Eheleute, die getrennt lebende Lebenspartnerin bzw. der getrennt lebende Lebenspartner, als ehelich erklärte, adoptierte Kinder, Kinder nicht miteinander verheirateter Eltern, die Eltern

Nachname, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Familienstand	verwandt mit/ Verwandtschafts- verhältnis	Anschrift

### 13. Asyl

Wann wurde ein Asylantrag gestellt?

Datum (TT.MM.JJJJ)

Sind Sie vollziehbar zur Ausreise verpflichtet?  nein  ja

Hat das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge bereits über Ihren Asylantrag entschieden?

nein  ja

Ist gegen die Entscheidung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge eine Klage anhängig?

nein  ja

### 15. Bankverbindung

**Hinweis:** Sollten Leistungen gewährt werden, sind diese an folgendes Konto auszuführen, so fern nicht Direktzahlung bestimmter Anteile (z. B. Miete oder Strom) bereits angegeben wurde.

Kontoinhaberin bzw. Kontoinhaber			
IBAN		Name des Bankinstituts	

Handelt es sich um ein Pfändungskonto?  nein  ja

Wurden bereits Pfändungen vollzogen?  nein  ja

Grund der Pfändungen			
Höhe der Pfändungen	EUR	Dauer der Pfändungen	

### 16. Erklärungen der bzw. des Hilfesuchenden

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen, insbesondere

- Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse
- Begründung eines Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisses
- die Bewilligung von Leistungen Dritter (z. B. Rente, ALG, UVG, Kindergeld etc.)
- Wohnungswechsel
- Aufnahme oder Unterbringung in einem Krankenhaus, Heim etc. oder
- längere Abwesenheit vom Wohnsitz (vier Wochen)
- Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) vor Arbeitsaufnahme, aber spätestens binnen drei Tagen nach Arbeitsaufnahme

- Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige und unwahre Angaben strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.
- Ich bestätige den Erhalt eines diesem Antrag beiliegenden Merkblatts (S. 12 ff.) über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I.
- Ich bin darüber informiert, dass für die Gewährung der Hilfe erforderlichen personenbezogenen Daten in einem automatisierten Verfahren verarbeitet und gespeichert werden. Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten sind die Bestimmungen des SGB XII, sowie die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Nach Maßgabe des § 118 SGB XII werden meine Daten zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle übermittelt (§ 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII). Und dass ich verpflichtet bin bei einem geplant nur vorübergehenden Auslandsaufenthalt absehbare Umstände mitzuteilen, die zu einer anspruchsschädlichen Verlängerung des Auslandsaufenthaltes führen gemäß § 60 SGB I. Da der Leistungsanspruch für die Tage eines Kalendermonats vollständig entfällt, an denen sich die leistungsberechtigte Person nicht nur vorübergehend im Ausland aufhält. Auslandsaufenthalte die kürzer als ein Monat am Stück andauern, sind für die Grundsicherung unschädlich gemäß § 41 a SGB XII.
- Sollte ich einen Anspruch gegen Dritte geltend machen bzw. ein Anspruch bestehen, werde ich das Amt für Soziales und Prävention umgehend informieren.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
antragstellende Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Ehegattin bzw. Ehegatte/  
Lebensgefährtin/  
Lebensgefährte

#### Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die Änderungen, die die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Vollständigkeit und Richtigkeit entsprechen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person

## **Allgemeine Informationen zur Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäß der Datenschutz-Grundverordnung**

### **Verantwortliche Stelle:**

Magistrat der Wissenschaftsstadt Darmstadt  
Amt für Soziales und Prävention  
Frankfurter Straße 71, 64293 Darmstadt

### **Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:**

Datenschutzbeauftragte der Wissenschaftsstadt Darmstadt  
Hilpertstrasse 31  
Telefon: 06151 13-2401 oder 13-2402  
FAX: 06151 13-3428  
E-Mail: [Datenschutz@darmstadt.de](mailto:Datenschutz@darmstadt.de)

### **Allgemeine Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Die Wissenschaftsstadt Darmstadt verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten. Personenbezogene Daten sind alle Daten, über die Sie persönlich identifiziert werden können. Dies sind zum Beispiel Name, Adresse, E-Mailadresse.

Bei der Verarbeitung Ihrer Daten müssen die Datenschutzgesetze und -vorschriften der europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland und des Landes Hessen eingehalten werden.

### **Zweck/Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden erhoben, um über Ihren Antrag auf Leistungen entscheiden zu können. Rechtsgrundlage hierfür sind die Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstabe e EU-DSGVO in Verbindung mit den gesetzlichen Vorgaben des § 3 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsgesetz). Ggf. werden sie zur Erteilung eines Bescheides und Zahlbarmachung verwendet und an die Finanzverwaltung der Stadt Darmstadt übermittelt.

### **Dauer für die Ihre personenbezogenen Daten gespeichert werden**

Für Akten besteht eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. Danach werden die Akten vernichtet. Die Aufbewahrungsfrist beginnt, wenn diese nicht mehr benötigt werden, um über Anträge zu entscheiden. Diese Regelung gilt auch für elektronisch gespeicherten Daten, die nachdem die Daten nicht mehr benötigt werden, nach 6 Jahren gelöscht werden.

### **Empfängerin bzw. Empfänger der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten können nach § 22 HDSIG an Dritte weitergegeben werden. Dies ist aber nur dann möglich, wenn nur so über Ihren Antrag entschieden werden kann. Werden für die Leistungsbeurteilung weitere Unterlagen (z.B. ärztliche Gutachten oder amtsärztliche Stellungnahmen) angefordert oder weitergegeben, ist Ihre Zustimmung erforderlich. Diese Zustimmung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

### **Ihre Rechte als betroffene Person**

#### **Auskunft**

Jede Person hat das Recht Auskunft darüber zu bekommen, welche Daten über sie gespeichert werden. Die Auskunft ist kostenlos. Dies ist geregelt in Art. 15 EU-DSGVO in Verbindung mit § 33 HDSIG.

## **Löschung**

Es besteht auch das Recht, dass personenbezogene Daten endgültig gelöscht werden (geregelt in Art. 17 EU-DSGVO in Verbindung mit § 53 HDSIG).

Eine Löschung erfolgt aber erst, wenn die gesetzliche Aufbewahrungsfrist abgelaufen ist.

## **Berichtigung**

Sie können verlangen, dass personenbezogene Daten berichtigt werden. Dies ist geregelt in Art. 16 EU-DSGVO in Verbindung mit § 53 HDSIG.

## **Einschränkung der Verarbeitung**

Ebenfalls verlangen können Sie, dass die personenbezogenen Daten nur eingeschränkt verarbeitet werden (Art. 18 EU-DSGVO in Verbindung mit § 53 HDSIG).

## **Widerspruch**

Gegen die Verarbeitung der personenbezogenen Daten kann Einspruch eingelegt werden (Art. 21 EU-DSGVO in Verbindung mit § 35 HDSIG).

## **Beschwerde**

Jede betroffene Person kann eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzbehörde erheben (Art. 77 EU-DSGVO in Verbindung mit § 55 HDSIG).

Die Beschwerde ist zu richten an:

## **Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI)**

Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden

[Poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:Poststelle@datenschutz.hessen.de)

## **Mitwirkung der bzw. des Leistungsberechtigten**

Im Rahmen des Sozialgesetzbuches Erstes Buch (SGB I)

### **§ 60 Angabe von Tatsachen**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

### **§ 61 Persönliches Erscheinen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

## **§ 62 Untersuchungen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

## **§ 63 Heilbehandlung**

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass eine Besserung des Gesundheitsstandes herbeigeführt oder eine Verschlechterung verhindert wird.

## **§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

## **§ 65 Grenzen der Mitwirkung**

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
  1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
  2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
  1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
  2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
  3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

## **§ 65a Aufwendungsersatz**

- (1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.
- (2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

## **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.