

Hinweise:

Um sachgerecht über die Gewährung der Leistungen entscheiden zu können, werden möglicherweise ergänzende Informationen und Unterlagen benötigt. Diese werden nach Prüfung Ihrer Unterlagen gegebenenfalls nachgefordert.

Es wird darum gebeten, das Formular sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, die Richtigkeit der Angaben durch Ihre Unterschrift (oder die Unterschrift Ihres rechtlichen Vertreters) auf der letzten Seite unten zu bestätigen.

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

Da die existenzsichernden Leistungen für das Wohnen teilweise im Zusammenhang mit Fachleistungen in einer besonderen Wohnform erbracht werden, müssen die zuständigen Mitarbeiter der Abteilung Soziales die Daten edv-technisch abgleichen, um sie nicht regelmäßig bei Ihnen doppelt abzufragen.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

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 gemäß § 62 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

Allgemeine Angaben

Vor- und Nachname, ggf. Geburtsname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon (freiwillig)

Familienstand

- ledig verheiratet verwitwet geschieden
 in eheähnlicher Gemeinschaft / eingetragener Lebenspartnerschaft
 getrennt lebend seit: _____

Schwerbehindertenausweis

ja, bitte Kopie des aktuell gültigen Ausweises mit Vorder- und Rückseite beifügen nein

Wurde vom Amtsgericht **ein/e Betreuer/in** bestellt?

ja, bitte Kopie des aktuellen Betreuerausweises beifügen nein

Tätigkeit in der **WfbM**?

ja nein

Besuch einer **Tagesförder-stätte/ Tagesstätte**?

ja nein

Teilnahme am **Mittagessen in WfbM oder Tagesförder-stätte / Tagesstätte**?

ja nein

Der **Vertrag mit der Wohn-Einrichtung** über Wohnraum und weitere Leistungen ab 01.01.2020

ist beigefügt wird nachgereicht

Fragen zur wirtschaftlichen Lage

Ich habe folgendes **Einkommen** (bitte aktuelle Nachweise beifügen):

- Werkstattlohn Kindergeld
 Rente unbefristet befristet bis zum _____
 Sonstige Einkünfte (Art und Höhe angeben):

Aktuell vorhandenes **Vermögen** (bitte Nachweise beifügen):

<input type="checkbox"/> Sparbuch-Nr.		Vermögensstand:	EUR
<input type="checkbox"/> Girokonto-Nr.		Vermögensstand:	EUR
<input type="checkbox"/> Taschengeldkonto		Vermögensstand:	EUR
<input type="checkbox"/> Riestervertrag-Nr.		Vermögensstand:	EUR

Zertifizierungsnummer Riestervertrag (Wenn zur Hand, bitte Bescheinigung nach § 92 EStG in Kopie beifügen)

--

Grundbesitz, Wohn- oder Nießbrauchsrecht (bitte ggfls. Eigentum und Adresse angeben)

evtl. **sonstige Vermögenswerte**, z. B. Wertpapiere, Bestattungsvorsorgeverträge,...

	Vermögensstand:	EUR
	Vermögensstand:	EUR

Bankverbindung

für die Überweisung der Leistungen der Grundsicherung / der Hilfe zum Lebensunterhalt sowie zur Übermittlung des Einkommens

Kontoinhaber	
BIC	
IBAN	
Kreditinstitut	

Einverständniserklärung zur Weiterleitung der Bankdaten im Bedarfsfall

Hiermit willige ich ein, dass die Kreisverwaltung Mayen-Koblenz im Bedarfsfall die angegebene Bankverbindung an die Stellen weiterleiten darf, die mein Einkommen bzw. das Einkommen meiner/meines Betreuten bislang unmittelbar an die Kreisverwaltung Mayen-Koblenz auszahlen (z. B. Rententräger, Wohngeldstelle).

- Ja Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt.

Die Widerrufserklärung ist an die Kreisverwaltung Mayen-Koblenz zu richten. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich widersprochen habe. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig (Einwilligungserklärung nach Art. 6 Abs. 1a DSGVO).

Einverständniserklärung zur Übermittlung des Ergebnisses des Anspruchs auf Leistungen zum Lebensunterhalt

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kreisverwaltung Mayen-Koblenz das Ergebnis der Prüfung, ob und ggf. in welcher Höhe ich einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung oder der Hilfe zum Lebensunterhalt habe und in welcher Form diese Leistungen ausbezahlt werden, an den Leistungserbringer übermittelt.

Die Übermittlung erfolgt in Form eines Abdrucks des Bescheides an den Träger der Wohn-Einrichtung.

Ja Nein

Diese Erklärung kann gegenüber der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz jederzeit widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Wenn und solange ich Leistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftliche Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse), sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Die genannten Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Soweit personenbezogenen Daten für das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz bzw. dem von ihm beauftragten örtlichen Träger der Sozialhilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesem gegenüber von den genannten Personen abgegeben werden dürfen.

Das gilt ebenso für Berichte/personenbezogenen Daten/Gutachten, **sonstiger Personen**, insbesondere:

- a) der Pflegekasse (Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen)
- b) der Amtsärztin/dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes, das um Untersuchung gebeten worden ist
- c) sonstigen Ärzten/medizinischen Diensten, z. B. für Gutachten der Rentenversicherung

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnosen und Feststellung von Umfang/Auswirkung des Leidens bzw. Behinderung. Das Landesamt bzw. der beauftragte örtliche Träger der Sozialhilfe ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von den Hilfesuchenden selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben – z. B. nach dem SGB XII / AGSGB XII Rheinland-Pfalz / SGB X – befugt.

Datenschutz

Sollten sonstige Rückfragen bei anderen Behörden, Arbeitgebern, Rentenversicherung oder sonstigen Körperschaften des öffentlichen und privaten Rechts notwendig sein, so werden diese ebenfalls von der Schweigepflicht im Rahmen des Datenschutzes entbunden.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsberechtigte(r) bzw. rechtlicher Betreuer(in)