



Landkreis Cloppenburg
50 - Sozialamt
50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:
Az: 50.4/412 -

Antrag auf Eingliederungshilfe

<input type="checkbox"/> für die Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	
<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit	<input type="checkbox"/> Zuverdienstangebot „Plan B“

nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen -

1. Nachfragende Person (Antragsteller/-in)

Name, Vorname:		Steueridentifikationsnummer:
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):		Telefon/Handy:
Geburtsdatum und Geburtsort:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Ausländerrechtlicher Status/Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:		
Bitte Nachweis beifügen!		

2. Erhalten Sie gleichzeitig weitere Leistungen der Eingliederungshilfe?

<input type="checkbox"/> Betreuung in einer besonderen Wohnform	
Anbieter/Adresse	
Kostenträger	
<input type="checkbox"/> ambulant betreutes Wohnen	
Anbieter	
Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Zuzug aus einem anderen Landkreis? Wenn ja:	
Wer war bislang Kostenträger?	
Bis wann wurde Eingliederungshilfe geleistet?	

9. Hinweise und Schlusserklärungen

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. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrug führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde, der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG oder der Kriegsofopferfürsorgebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I und § 9 Abs. 3 AsylbLG). Deshalb werde ich **unverzüglich** und **unaufgefordert** alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie den häuslichen Verhältnissen (z. B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen. Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

3. Hinweise/Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 117 ff. SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Ihre Daten können vom Landkreis Cloppenburg im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff. SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX)

Der Eingliederungshilfeträger informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrages ist der Landkreis Cloppenburg verpflichtet, die Bedarfsermittlung in einem Formular festzuhalten. Dieses Formular heißt Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni.). Die in der individuellen Bedarfsermittlung anhand des Formularsatzes B.E.Ni. erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab Antragsstellung gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens zehn Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem Landkreis Cloppenburg:

- Recht auf Auskunft
 - Recht auf Berichtigung oder Löschung
 - Einschränkung der Verarbeitung
 - Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
 - Recht auf Datenübertragbarkeit.
- Ich willige ein, dass der Landkreis Cloppenburg die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
 - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
 - Ich willige ein, dass der Landkreis Cloppenburg die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.

4. Bankgeheimnis

Ich ermächtige den Eingliederungshilfeträger, sich bei allen Geldinstituten, Bausparkassen, Versicherungen und dem Bundeszentralamt für Steuern nach meinen jetzigen und früheren Guthaben, den Kontobewegungen und über die verfügungsberechtigten Personen zu erkundigen, wozu ich diese Stellen hiermit vom Bankgeheimnis und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entbinde.

5. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

6. Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und die Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/-in/gesetzliche/-r Vertreter/-in	Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/-in oder Partner/-in in eheähnlicher Gemeinschaft
------------	---	---

LANDKREIS CLOPPENBURG

DER LANDRAT



Landkreis Cloppenburg
50 - Sozialamt
50.4 Eingliederungshilfe
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Für interne Vermerke:
Az: 50.4/412 -

Name, Vorname	
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Geburtsdatum	

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde hiermit die nachfolgend aufgeführten Ärzte/Kliniken und die Mitarbeiter/-innen des Sozial- und Gesundheitsamtes des Landkreises Cloppenburg von der gegenseitigen Schweigepflicht:

Hausarzt	
Facharzt	
Klinik	

Bemerkungen/Ergänzungen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in oder gesetzliche/-r Vertreter/-in
--