

Bezirk Oberbayern  
Bezirksverwaltung  
Prinzregentenstraße 14  
80538 München

## Antrag

auf Gewährung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

ambulant

teilstationär

stationär

Kfz-Hilfe (zusätzliches Beiblatt "Antrag auf Kfz-Hilfe" ausfüllen)

Hilfe zur Pflege

ambulant

stationär

Sonstiges:

Name und Adresse der  
Einrichtung,  
des Anbieters, des Trägers:

### Hinweis:

Wenn Sie Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich bitte zunächst an die/den zuständige/n Sachbearbeiter/in oder ersatzweise an die Servicestelle, Telefonnummer: 089/2198 – 21010.

### I.) Persönliche Verhältnisse:

a) der nachfragenden Person  
(auch Minderjährige)

b) des Ehegatten/Lebenspartners  
- auch wenn verstorben, geschieden oder  
getrennt lebend  
- bei ledigen minderjährigen/volljährigen  
nachfragenden Personen hier Angaben  
über  
die Eltern  
- bei eheähnlicher Lebensgemeinschaft

1. Name  
(ggf. Geburtsname):

2. Vorname:

3. Geburtsdatum:

4. Geburtsort:

Wenn nicht in Deutschland, wann  
war der Zuzug nach Deutschland?

|                  |  |             |               |
|------------------|--|-------------|---------------|
| 5. Familienstand | ledig                                  | verheiratet | verstorben am |
|                  | verwitwet                              | geschieden  |               |
|                  | eingetragene Lebenspartner-<br>schaft* |             |               |
|                  | getrennt lebend                        |             |               |

\* nur für „eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

6. Staatsangehörigkeit:  
ggf. weitere Staatsangehörigkeiten

Bei Ausländern aufenthalts-  
rechtlicher Status:

|                               |      |                |      |                |
|-------------------------------|------|----------------|------|----------------|
| a) Duldung                    | nein | ja, gültig bis | nein | ja, gültig bis |
| b) Niederlassungserlaubnis    | nein | ja, gültig bis | nein | ja, gültig bis |
| c) Aufenthaltserlaubnis       | nein | ja, gültig bis | nein | ja, gültig bis |
| d) Asylbewerber/-berechtigter | nein | ja             | nein | ja             |

**Bitte Kopie von Ausweispapieren bzw. Aufenthaltstiteln beifügen**

7. Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

8. Telefon:

9. Bei Aufnahme in oder Austritt aus einer Einrichtung, Klinik, Anstalt, dem betreuten Wohnen:

a) letzte Wohnanschrift bzw.  
Aufenthaltssorte in den letzten  
2 Monaten vor Unterbringung  
in einer der genannten  
Wohnformen:

b) wann und wo erfolgte eine  
Unterbringung in einer der  
genannten Wohnformen?

|                               |    |      |    |      |
|-------------------------------|----|------|----|------|
| 10. Schwerbehindertenausweis: | ja | nein | ja | nein |
|-------------------------------|----|------|----|------|

**Bitte folgendes beifügen:**

Kopie des Schwerbehindertenausweises mit dem dazugehörigen Bescheid des Versorgungsamtes und bereits vorhandene ärztliche Atteste, in dem die Behinderung diagnostiziert und die Notwendigkeit der beantragten Leistungen begründet werden.

|                                   |    |      |    |      |
|-----------------------------------|----|------|----|------|
| 11. Betreuung / Bevollmächtigung: | ja | nein | ja | nein |
|-----------------------------------|----|------|----|------|

Adresse des Betreuers/  
der Betreuerin oder des/der  
Bevollmächtigten:

**Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen. Falls Angehörige die Kommunikation übernehmen wollen, bitte Vollmacht beifügen!**

12. Erlerner Beruf:

13. Derzeitige Tätigkeit,  
Arbeitgeber:

## II.) Familienverhältnisse: Welche Personen leben noch im Haushalt?

1    2    3    4

1. Name:(ggf. Geburtsname)  
 2. Vorname:  
 3. Geburtsdatum:  
 4. Familienstand:  
 5. Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:  
 6. Beruf

## III.) Kinder, Eltern und Ehegatte/in außerhalb des Haushalts:

1    2    3    4

- 1.Name:(ggf. Geburtsname)  
 2.Vorname:  
 3.Geburtsdatum:  
 4.Familienstand:  
 5.Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:  
 6.Beruf  
 7.Straße, Hausnummer:  
 Postleitzahl, Wohnort:  
 8.Telefon:

## IV.) Unterhalt:

|  |      |    |               |
|--|------|----|---------------|
| Falls die Eltern noch leben, verfügen diese gemeinsam über ein Bruttojahreseinkommen über 100.000,00 Euro? | nein | ja | nicht bekannt |
| Falls Kinder vorhanden, verfügen diese jeweils über ein Bruttojahreseinkommen über 100.000,00 Euro?        | nein | ja | nicht bekannt |

**V.) Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen (EUR): - Bitte mit entsprechenden Nachweisen belegen! -**

| Art des monatlichen Einkommens aus:   | Nachfragende Person |      | Ehegatte/<br>Lebenspartner<br><br>- falls minderjährig<br>beider Eltern - |      | Sonstige Haushaltsmitglieder<br>(s. unter Ziffer II.) |          |          |          |
|---|---------------------|------|---|------|---|----------|----------|----------|
|   |                     |      |   |      | zu Nr. 1  | zu Nr. 2 | zu Nr. 3 | zu Nr. 4 |
| 1. Arbeitnehmertätigkeit:   |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 2. Gewerbe, Handel, selbständige Tätigkeit:   |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 3. Land- und Forstwirtschaft:   |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 4. Wert des Austrags<br>(z.B. aus Überlassungsvertrag):   |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 5. Landwirtschaftliches Altersgeld:   |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 6. Leistungen der Agentur für Arbeit:   |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 7. Ausbildungsförderung:  |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 8. Kindergeld, Kindergeldzuschlag:  |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 9. Leistungen der Krankenversicherung:  |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 10. Unterhaltszahlungen:  |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| 11. Renten aus der Sozialversicherung:  |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| Altersrente   |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| Haben Sie freiwillig Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?                     | ja                  | nein | ja  | nein |   |          |          |          |
| Rente wg. Erwerbsminderung  |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| Haben Sie freiwillig Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?                     | ja                  | nein | ja  | nein |   |          |          |          |
| Hinterbliebenenrente  |                     |      |   |      |   |          |          |          |
| Hat Ihr verstorbener Ehegatte freiwillig Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt? | ja                  | nein |   |      |   |          |          |          |
| Unfallrente   |                     |      |   |      |   |          |          |          |

12. Leistungen des Zentrums  
Bayern Familie und  
Soziales:

Grundrente

Ausgleichsrente

Elternrente

Blindengeld

13. Pension:

14. Vermietung und  
Verpachtung, Kapital:

15. Sonstige Einnahmen  
(z.B. Betriebsrente, Wohngeld,  
Lastenausgleich (LAG)):

16. Besteht ein Beihilfeanspruch?                      nein                      ja, ggf. für wen:

Beihilfestelle:

17. Leistungen der Pflegekasse/Pflegeversicherung:                      nein                      ja, beantragt bei:

**ggf. Kopie des Bescheids  
beifügen**

Pflegegrad:

Vom Einkommen absetzbare Beträge

**Belege erforderlich!**

a) nachfragende Person EUR

b) Ehegatte/Lebenspartner EUR

- falls minderjährig beider Eltern -

Beiträge zu privaten Versicherungen:

Krankenversicherung

Unfallversicherung

Haftpflichtversicherung

Sterbegeldversicherung

Hausratversicherung

ggf. Kfz-Haftpflichtversicherung

sog. Riesterrente

Die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben:

Arbeitsmittel:

Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel und/oder mit Pkw, Entfernungskm einfach

Beiträge zu Berufsverbänden

Sonstiges:

VdK Beitrag

#### VI.) Sonstige Verhältnisse der nachfragenden Person:

1. Beziehen Sie als nachfragende Person derzeit Sozialhilfe oder haben Sie während der letzten 3 Jahre Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Unterhaltshilfe nach LAG, Versorgungsbezüge nach BVG usw.) erhalten? Bescheide in Kopie beifügen! -Bitte Einwilligung erteilen, die Akte beiziehen zu dürfen -

nein      Jedoch Antrag gestellt am:

Stelle:

ja      vom                                      bis

Art der Bezüge:

Stelle:

vom                                      bis

Art der Bezüge:

Stelle:

2. Bei Übertritt aus dem Ausland:

a) Aufenthaltsort vor Grenzübertritt:

b) Wann (Datum) und aus welchem Grund erfolgte der Übertritt?  
(für deutsche Staatsangehörige Angabe freiwillig)

3. Hat den Umzug hierher eine Behörde bezahlt?

nein                      ja, welche Behörde

4. Wovon wurde der Lebensmittelunterhalt bestritten?

**VII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (ggf. vor Aufnahme in eine Einrichtung):**

Bitte auch ausfüllen bei Heimaufnahme

1. Die nachfragende Person ist:

Mieter                      Untermieter bei

**Mietvertrag sowie ggf. letztes Mieterhöhungsschreiben in Kopie beifügen**

Ich wohne mietfrei, Begründung:

Höhe der mtl. Gesamtkosten der Unterkunft (Bitte letzte Nebenkostenabrechnung beifügen):

Kaltmiete:    Euro

Nebenkosten:    Euro

**darin enthaltene**                      Warmwasserkosten:    Euro

Art der Versorgung:

Heizungskosten:    Euro

Art der Versorgung:

2. Die nachfragende Person ist: - Bitte Nachweise beifügen! -

Eigentümer    eines Einfamilienhauses

Mieter    einer Eigentumswohnung

eines Zwei- oder Mehrfamilienhauses

**Bitte fügen Sie eine Aufstellung über die mtl. Kosten/Belastungen bei (Schuldzinsen, Schuldtilgung, Grundsteuer, Gebühren)**

3.Größe der Wohnung, m²:

Anzahl der Räume:

Davon untervermietet:

4. Anzahl der in der Wohnung/dem Haus lebenden Personen:

1

2

3

4

Sonstiges

### VIII.) Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr vor der Antragstellung:

Art der Tätigkeit

Dauer  
(von - bis)

Name und Anschrift  
des Arbeitgebers

Zuständige  
Krankenkasse

Nachfragende Person:

Ehegatte/  
Lebenspartner:  
-falls minderjährig beider  
Eltern

### IX.) Leistungsbezug aufgrund Arbeitslosigkeit/Erwerbsminderung:

Sind Sie arbeitslos?

nein

ja, seit wann

Wann erfolgte die letzte  
Arbeits-  
losenmeldung?

Es wurde beantragt:

Arbeitslosengeld I

Stelle:

am:

Arbeitslosengeld II

Stelle:

am:

Stelle:

am:

**Es wird bereits gewährt: - Bitte Bescheide in Kopie beifügen! -**

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

**Bitte Bescheid der Agentur für Arbeit / dem Jobcenter beifügen, wenn obige Leistungen abgelehnt wurden!**

Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt?

nein

ja, Antrag gestellt am:

bei:

**Bescheinigung der Behörde in Kopie beifügen**

## X.) Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse?:

1. Krankenkasse derzeit:

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1.a Art der Versicherung:<br>ggf. Beitragsbescheid<br>in Kopie beifügen | Pflichtversicherung<br><br>Versicherung der<br>Rentner | Freiwillige Versicherung<br><br>Familierversicherung<br>über: | Versicherung als Renten-<br>antragsteller/in<br><br>Private Versicherung |
|---|--|---|--|

Versicherung über Sozialhilfeträger (GMG)

1.b Versicherungsnummer:

|   |                                 |     |
|---|---------------------------------|-----|
| 1.c Wenn derzeit nicht<br>kranken-<br>versichert, Angaben zur<br>letzten<br>Mitgliedschaft: | Letzte Krankenkasse:<br><br>vom | bis |
|---|---------------------------------|-----|

## XI.) Vermögenswerte: - Bitte Kopien von Verträgen, Urkunden usw. beifügen -

|  | a) der nachfragenden Person   | b) des Ehegatten / Lebenspartners  |
|--|---|--|
| 1.) Bargeld  | Ich verfüge über kein Bargeld<br><br>Ich verfüge über Bargeld in Höhe<br><br>von EUR  | Ich verfüge über kein Bargeld<br><br>Ich verfüge über Bargeld in Höhe<br><br>von EUR   |
| 2.) Spar- und Bankguthaben<br><br>Kontoauszüge aller geführten<br>Konten der letzten 6 Monate<br>mit abschließendem<br>Kontostand in Kopie beifügen! | Ich habe kein Spar- und<br>Bankguthaben.<br><br>Ich habe Spar- und Bank-<br>guthaben bei:<br><br>Geldinstitut<br><br>IBAN<br><br>BIC<br><br>Betrag<br><br>EUR<br><br>Geldinstitut<br><br>IBAN | Ich verfüge über kein Spar- und<br>Bankguthaben<br><br>Ich habe Spar- und Bank-<br>guthaben bei:<br><br>Geldinstitut<br><br>IBAN<br><br>BIC<br><br>Betrag<br><br>EUR<br><br>Geldinstitut<br><br>IBAN |

|  | a) der nachfragenden Person   |             | b) des Ehegatten / Lebenspartners   |             |
|--|---|-------------|---|-------------|
|  | BIC   |             | BIC   |             |
|  | Betrag  |             | Betrag  |             |
|  | EUR   |             | EUR   |             |
| 3.) Vertraglich gesicherte Ansprüche         | Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte   |             | Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen  |             |
| Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen. | Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege) |             | Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Anspruch auf Wart und Pflege) |             |
| 4.) Gibt es Verträge zu Gunsten Dritter?     | nein  | ja, welche: | nein  | ja, welche: |
|  | Begünstigter  |             | Begünstigter  |             |
|  | Institut  |             | Institut  |             |
|  | IBAN, BIC bzw. Versicherungsnummer  |             | IBAN, BIC bzw. Versicherungsnummer  |             |
| 5.) Besteht eine Sterbegeldversicherung?     | nein  | ja, welche: | nein  | ja, welche: |
| 6.) Bestattungsvorsorgevertrag               | nein  | ja, welche: | nein  | ja, welche: |

|   | a) der nachfragenden Person  |             | b) des Ehegatten / Lebenspartners  |             |
|---|--|-------------|--|-------------|
| 7.) Mitglied einer Lebensversicherung   | nein   | ja, welche: | nein   | ja, welche: |
|   | Höhe der Versicherungssumme / Rückkaufwert:  |             | Höhe der Versicherungssumme / Rückkaufwert:  |             |
|   | EUR  |             | EUR  |             |
| 8.) Haus- und Grundeigentum   | Ich habe kein Haus- und Grundeigentum  |             | Ich habe kein Haus- und Grundeigentum  |             |
| Kopie des Einheitswertbescheides, der Brandversicherungsurkunde beilegen  | Ich habe folgendes Haus- und Grundeigentum:  |             | Ich habe folgendes Haus- und Grundeigentum:  |             |
|   | Art  |             | Art  |             |
|   | Adresse  |             | Adresse  |             |
|   | Sonstiges  |             | Sonstiges  |             |
| 9.) Sonstige Vermögenswerte   | Ich habe kein sonstiges Vermögen   |             | Ich habe kein sonstiges Vermögen   |             |
|   | Ich habe Vermögenswerte in folgender Form:(z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.) |             | Ich habe Vermögenswerte in folgender Form:(z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche ggü. Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.) |             |
| 10.) Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundeigentum, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben oder verschenkt? | nein   | ja          | nein   | ja          |
|   | Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:   |             | Ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:   |             |
| Ggf. Kopien von Verträgen, Urkunden beifügen!   |  |             |  |             |

## XII. Nicht geklärte Ansprüche:

Glaubt die nachfragende Person oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere –noch nicht entschiedene - Ansprüche zu haben, aus denen sie noch keine Leistungen erhält?

a) der nachfragenden Person  
(auch Minderjährige)

b) des Ehegatten/Lebenspartners-  
falls minderjährig beider Eltern

Wann und wo wurde der Antrag  
gestellt/Anspruch  
geltend gemacht?

Wann und wo wurde der Antrag  
gestellt/Anspruch geltend gemacht?

aus der Sozialversicherung

aus Unfall

aus Krankheit

als Opfer von Gewalttaten

aus Soldatenversorgungsgesetz (SVG) / Zivildienstgesetz (ZDG)

aufgrund Impfschadens

aufgrund eines ärztlichen  
Behandlungsfehlers

Sonstiges:

Sonstiges2:

Für den Fall, dass zu klärende Ansprüche nach Ziffer XII bei der nachfragenden Person bestehen wird nachstehende datenschutzrechtliche Erklärung abgeben:

Es besteht Einverständnis damit, selbst erhobene oder bei Dritten angeforderte medizinische Daten- soweit dies erforderlich ist- zur Anspruchsdurchsetzung der jeweiligen Stelle (insbesondere gesetzliche oder private Unfallversicherung, gesetzlich oder private Haftpflichtversicherung, Krankenhäuser, Versorgungsämter, Krankenkassen, Rententräger, sonstige Sozialleistungsträger) vorzulegen sowie im Bedarfsfalle in einem Gerichtsverfahren zu verwenden (§§ 67d, 69 Abs. 1, 76 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch). Zur Einholung von medizinischen Auskünften und Unterlagen bei Dritten ist eine Erklärung zur Schweigepflichts-entbindung der nachfragenden Person erforderlich, die gesondert angefordert wird.

## XIII. Sonstiges - Bitte Nachweise in Kopie beifügen!

1.) Sind Sie selbst kriegsbeschädigt?

nein                      ja

2.) Sind Sie Angehörige/r eines/einer Kriegsbeschädigten oder Hinterbliebene/r?

nein                      ja      Von wem?

3.) Ist ein Kind der nachfragenden Person durch Kriegs-, Wehrdienst- oder Schädigungsfolgen verstorben?

nein                      ja

Name, Geburtsdatum:

Wann und wo verstorben:

4.) Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Pflichtteilsergänzungsansprüche, Schadensersatz)

nein ja Welche?

Bankverbindung der nachfragenden Person:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Falls für meinen außerhalb der Einrichtung lebenden Ehegatten/Lebenspartner ein Anspruch auf Grundsicherung besteht, wird dieser hiermit gleichzeitig beantragt.

Im Falle einer vom Sozialhilfeempfänger schuldhaft verursachten Sozialhilfeüberzahlung ermächtige ich den Bezirk Oberbayern, den zu Unrecht überwiesenen Betrag durch Banklastschrift abbuchen zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird. Bereits beglichene Heimkosten für diese Zeiträume können nicht übernommen werden.

**Erklärung der nachfragenden Person und seines Ehegatten/Lebenspartners bzw. der gesetzlichen Vertretung:**

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss. Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach §§ 102 ff. SGB XII wurde ich hingewiesen.

Wir weisen darauf hin, dass der Bezirk Oberbayern als überörtlicher Sozialhilfeträger befugt ist, Personen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs da-raufhin zu überprüfen, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen von anderen Leistungsträgern bezogen werden oder wurden, § 118 SGB XII.

**Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse (z.B. Zusammenleben in einer eheähnlichen / lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft), sowie Aufenthaltsverhältnisse (Wohnortwechsel und länger als vier Wochen dauernde Abwesenheit (z.B. Krankenhausaufenthalt, Kuren,Auslandsaufenthalte) von allen Haushaltsangehörigen sofort unaufgefordert mitzuteilen.**

Bei den Ausgaben des Antragsstellers können sich für die Ausgabenseite aus datenschutz-rechtlicher Sicht Einschränkungen aus Art. 9 Abs. 1 DSGVO i.V.m. § 67a Abs. 1 S. 2 u. 3 SGB X ergeben. So ist für besondere personenbezogene Daten, wie Angaben über rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualeben, gesondert zu prüfen, ob deren Kenntnis zur Aufgabenerfüllung des Sozialhilfeträgers erforderlich ist. Sofern sich auf der Ausgabenseite aus den Angaben des Adressaten bzw. des Verwendungszwecks Hinweise auf diese besonders geschützten Daten ergeben, die jedoch für die Aufgabenerfüllung des Sozialhilfeträgers ohne Bedeutung und nicht erforderlich sind, können diese Angaben ge-schwärzt werden, sofern die Ausgabebeträge der Höhe nach weiterhin erkennbar bleiben. Sofern sich aus den insoweit geschwärzten Kontoauszügen eines Antragsstellers bzw. Leis-tungsempfängers Rückfragen bezüglich der Häufigkeit oder der Höhe zu getätigten Überweisungen ergeben, wird im Einzelfall entschieden, inwieweit ausnahmsweise eine Offenlegung der geschwärzten Angaben gefordert werden kann.

**Hinweis gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Bezirk Oberbayern  
Prinzregentenstr. 14  
80538 München  
Tel.: 089/2198-01  
E-Mail: [servicestelle@bezirk-oberbayern.de](mailto:servicestelle@bezirk-oberbayern.de)

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). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 e), Abs. 2 und 3 DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Oberbayern im Rahmen seiner 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 (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Oberbayern, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Oberbayern erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 089/2198-93001 oder über folgende E-Mail-Adresse: [Datenschutz@bezirk-oberbayern.de](mailto:Datenschutz@bezirk-oberbayern.de)

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufnehmenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. Unterschrift  
des Ehegatten/Lebenspartners der gesetzlichen  
Vertretung/Betreuung  
Bei Vormundschaft/Beistandschaft bitte  
Bestallungsurkunde beifügen! Bei Bevollmächtigung  
bitte Vollmacht beifügen!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners