

**Bezirk Schwaben  
Sozialverwaltung  
86147 Augsburg**

Az: (bitte bei Antwort angeben)

## Antrag auf Übernahme der pauschalierten Leistungen zur Mobilität

Bitte für alle Angaben Nachweise beilegen und Nichtzutreffendes streichen.

Persönliche Angaben	Antragstellerin/ Antragsteller
Name (ggf. auch Geburtsname)	
Vorname(n)	
PLZ, Wohnort	
Straße, Nr.	
Telefon	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit(en)	
Aufenthaltsstatus (wenn Staatsangehörigkeit nicht Deutsch) <b>Bescheinigung über Aufenthaltsstatus bitte beifügen.</b>	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> LP aufgehoben <input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste LP
Wurde für den Antragsteller eine Betreuung verfügt oder beantragt? Amtsgericht, Name und Anschrift des Betreuers: <b>Betreuerausweis bitte in Kopie beifügen.</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Wenn „ja“, bitte Fotokopie beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ursache der Behinderung (z.B. angeborene Behinderung, Impfschaden, Berufskrankheit, usw.)	
Sind Sie Geschädigter eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Können Sie öffentliche Verkehrsmittel nutzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie Rollstuhlfahrer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Können Sie aufgrund Ihrer Behinderung nur im Rollstuhl sitzend befördert werden und sind daher auf ein Spezialfahrzeug angewiesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben der Antragsteller oder Angehörige des Antragstellers Schädigungen erlitten bzw. sind Angehörige verstorben - durch Kriegseinwirkung, - im militärischen Dienst der Bundeswehr oder - bei Ausübung des Zivildienstes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist in der Haushaltsgemeinschaft ein KFZ vorhanden oder ist ein KFZ auf den Antragsteller angemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist das vorhandene KFZ aufgrund der Behinderung steuerlich bezuschusst oder wird das KFZ durch sonstige öffentliche Leistungen bezuschusst? Bitte Kennzeichen mitteilen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	KFZ-Kennzeichen: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<b>Einkommensverhältnisse</b>	<b>aus dem Vorvorjahr ein Betrag in Höhe von</b>	<b>aus dem laufenden Jahr ein Betrag in Höhe von</b>
Arbeit und Gewerbe:		
Land- und Forstwirtschaft		
Renten/Pensionen		
Kindergeld/Kinderzuschuss		
Miet- und Pachteinnahmen		
Kapitalerträge (z.B. Zinsen):		
Wohngeld:		
Leistungen des Lastenausgleichs		
Renten nach Bundesvers. –Gesetz (z.B. Grundrente, Ausgleichsrente, Bundes- oder Opferentschädigungsgesetz)		
Bestehen vertragliche Ansprüche gegen Dritte? Z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege?		
Werkstatteinkommen		
Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II		
HLU / Grusi		
Sonstiges		

Vermögen	Antragstellerin/ Antragsteller	
Höhe des Bargeldbestandes, Bankguthabens. Bitte entsprechende Belege beifügen.		
Wertpapiere, Aktien, Fondsanteile		
Selbstbewohnte Eigentumswohnung oder selbstbewohntes eigenes Haus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiteres Immobilienvermögen? Wenn „ja“, dann Art und Anschrift mitteilen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Vermögen (auch Lebensversicherungen unter Belegung des aktuellen Rückkaufswertes):		
Sonstige Altersvorsorgeverträge (z.B. Riesterrente) Bitte entsprechende Nachweise beifügen.	Art _____  Höhe mtl. Einzahlung _____ € ab _____	
Erb- und Pflichtteilsansprüche		
Bestehen Erb- und Pflichtteilsansprüche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Erbspruch <input type="checkbox"/> Pflichtteilsanspruch	
Art und Höhe	Art:	Höhe:
Erblasser Name und Anschrift		
Todestag und -ort		
<b>Nachweis</b>	<b>Unterlagen (u.a. Erbschein, Testament, Nachlassverzeichnis) bitte in Kopie beifügen!</b>	
Besondere Belastungen des Antragstellers		

**Erklärung:**

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFörsV erteilt.

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

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Schwaben  
Hafnerberg 10  
86152 Augsburg  
Telefon 0821 3101-0  
E-Mail: [poststelle@bezirk-schwaben.de](mailto:poststelle@bezirk-schwaben.de)

Die von Ihnen nach §67a SGBX erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen vorliegen (§ 60 § Abs. 1 SGBI). 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. 1e), Abs. 2 und 3 DSGVO. Ihre Daten können vom Bezirk Schwaben im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung an Dritte übermittelt werden (§§ 67 d ff. SGB X), z. B. an den Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechenden 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 des § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der EU-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 ggf. ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Schwaben, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Schwaben erreichen Sie unter der Telefonnummer 0821 3101351 oder über die E-Mail-Adresse: [Datenschutz@bezirksschwaben.de](mailto:Datenschutz@bezirksschwaben.de)

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz.

**Geldleistungen können auf folgende Bankverbindung des Antragstellers gezahlt werden:**

IBAN:	<input type="text"/>
Bankinstitut:	BIC: <input type="text"/>

Ich versichere, diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

## Hinweise zum Antrag auf Übernahme der pauschalierten Leistungen zur Mobilität

Sofern zutreffend, wird um Übersendung der nachstehenden Unterlagen/Nachweise/Belege in Kopie gebeten:

- Aktueller Schwerbehindertenausweis
- Nachweis über die Höhe der Steuerbefreiung des KFZs
- Bescheid der Pflegekasse über die Einstufung in einen Pflegegrad
- Betreuerausweis
- Lückenlose Kontoauszüge aller Giro- und Sparkonten der letzten drei Monate
- Wertpapiere, Aktien, Immobilien, Grundeigentum, Kraftfahrzeuge
- Grundbuchauszüge
- Lebensversicherungen oder Rentenverträge (aktuelle Rückkaufswerte und vollständige Versicherungspolicen)
- Bausparverträge (aktuelle Rückkaufswerte und vollständige Versicherungspolicen)
- Bestattungskostenverträge/ Sterbegeldversicherungen
- Ansprüche gegenüber Dritten aus Verträgen (z.B. Übergabeverträge)
- Einkommensnachweise aus dem Vorvorjahr und aus dem aktuellen Jahr (d.h. werden Leistungen im Jahr 2020 beantragt, werden die Einkünfte jeweils aus dem Jahr 2018 und dem Jahr 2020 benötigt:
  - o Rentenbescheide
  - o Werkstattlohn
  - o Verdienstnachweise
  - o Kindergeldbescheid
  - o Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II-Bescheid
  - o Bescheid über die Leistungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt
  - o Bescheid über die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
  - o Sonstige Einnahmen/ Einkünfte
  - o Miet- und Pachteinnahmen
  - o Kapitalerträge
  - o Riesterrenten ggfs. mit Zertifizierungsnummer