

Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen nach dem SGB IX, SGB XII, BVG



Bezirk Schwaben
Sozialverwaltung
Hafnerberg 10
86152 Augsburg

Eingangsstempel:

Aktennummer

Leistungsantrag für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beginn d. Leistung:

Datum

Zur sachgerechten Entscheidung über Ihren Antrag werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der antragstellenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters/Betreuers auf der letzten Seite zu bestätigen. Bitte beachten Sie auch den datenschutzrechtlichen Hinweis am Ende des auszufüllenden Formulars.

Leistungsarten

Name des Anbieters / Einrichtung

Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Eingliederungshilfe

besondere Wohnform

teilstationäre Einrichtung
(Förderstätte/WfbM/andere Anbieter)

ambulant betreutes Wohnen

Behindertenfahrdienst

Hilfsmittel/Wohnungsumbau

Kurzzeitunterbringung

Hilfe zur Pflege

Alten- und Pflegeheim

auf Dauer vorübergehend

vom

bis

Gerontopsych. Abteilung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Kurzzeitpflegeeinrichtung

Tages- / Nachtpflege

ambulante Hilfe zur Pflege

Blindenhilfe

1. Persönliche Verhältnisse des Antragstellers / der Antragstellerin		
	Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Ehegatte(in) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <small>Lebenspartnerschaftsgesetz</small> <input type="checkbox"/> Partner(in) / Bedarfsgemeinschaft <small>eheähnliche Lebensgemeinschaft</small>
1.1 Allgemeine Angaben		
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	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit(en)		
Aufenthaltsstatus (wenn Staatsangehörigkeit nicht Deutsch)		
Nachweis	Bescheinigung über Aufenthaltsstatus bitte beifügen!	
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"/> Lebenspartner-Schaft (LP) <input type="checkbox"/> LP aufgehoben <input type="checkbox"/> d. Tod aufgel. LP	<input type="checkbox"/> verstorben am : _____
Scheidung / Beendigung Lebenspartnerschaft	am:	Amtsgericht:
Wurde eine Unterhaltsregelung vereinbart?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, welche?		
Nachweis	Scheidungsurteil bzw. Unterhaltstitel bitte beifügen!	
Haben bereits vorherige Ehen/Lebenspartnerschaften bestanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (weitere Angaben unter Ziffer 2.3 angeben)	

1.2 Betreuung/Bevollmächtigung		
	Antragsteller(in)	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)
Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
	Amtsgericht	Amtsgericht
	Aktenzeichen	Aktenzeichen
Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten		
Nachweise	Bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Beschluss beifügen. Für die bevollmächtigte(n) Person(en) (z.B. Leistungsanbieter, Angehörige) bitten wir entsprechende Vollmachten beizufügen.	

1.3 Besteht eine Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Antragsteller(in)	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)
Aktuelle Beschäftigung		

Aktueller Arbeitgeber		
Voll- oder teilstationäre Beschäftigung (z.B. WfbM oder Tagesstätte)		

2. - entfällt -

3. Einkommensverhältnisse des(r) Antragstellers(in) und seiner/ihrer Familienangehörigen (§ 82 ff. SGB XII)		
3.1 Monatlichen Einkünfte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Art des monatlichen Einkommens	Antragsteller(in) EUR	Ehegatte(in)/ Lebenspartner(in)/ Partner(in)/ falls minderjährig Eltern EUR
1.) Arbeitnehmertätigkeit		
2.) Gewerbe, Handel, selbst. Tätigkeit		
3.) Land- und Forstwirtschaft		
4.) Wert des Austrages		
5.) Landwirtschaftliches Altersgeld		
6.) Kindergeld		
7.) Krankengeld		
8.) Mutterschaftsgeld		
9.) Elterngeld		
10.) Betreuungsgeld		
11.) Arbeitslosengeld I (Bundesagentur für Arbeit)		
12.) Bürgergeld (SGB II)		
13.) Übergangsgeld		
14.) Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung (SGB XII)		
15.) Wohngeld/Lastenzuschuss		
16.) Werkstatteinkommen		
17.) Renten		
<input type="checkbox"/> Altersrente		
<input type="checkbox"/> Rente wg. Erwerbsminderung		
<input type="checkbox"/> Witwenrente		
<input type="checkbox"/> Waisenrente		
<input type="checkbox"/> Halbwaisenrente		
<input type="checkbox"/> Betriebsrente		
<input type="checkbox"/> Unfallrente		
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente		
<input type="checkbox"/> Entschädigungsrente		
<input type="checkbox"/> ausländische Rente		
<input type="checkbox"/> private Renten (z.B. Lebensversicherung)		
<input type="checkbox"/> Renten nach dem BVG		
18.) Pension / Hinterbliebenenversorgung		
19.) Lastenausgleich nach LAG		
20.) Miet- und Pachteinahmen		
21.) Kapitalertrag / Zins		
22.) Leistungen der Pflegekasse		
23.) Unterhaltszahlungen		
24.) Unterhaltsvorschuss Jugendamt (UVG)		
25.) BaföG		
26.) Berufsausbildungsbeihilfe		
27.) Ausbildungsgeld (SGB III)		
28.) Ausbildungsvergütung		

29.) Zusatzversorgung		
30.) Landesblindengeld		
31.) Landespflegegeld		
32.)		
Nachweise	Sämtliche Einkünfte sind lückenlos mit Nachweisen der letzten 12 Monate (z.B. Gehaltsabrechnungen, Bescheide) zu belegen.	

4. - 5. entfällt -

6. Kranken- und Pflegeversicherung des(r) Antragstellers(in) (32 SGB XII und § 264 SGB V)				
Name der Kranken- / Pflegekasse				
Anschrift (Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort)				
Art der Versicherung:	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung			
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über:			
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung	Beitrag monatlich:		EUR
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	Beitrag monatlich:		EUR
Nachweis	Beitragsbescheid bitte in Kopie beifügen!			
Krankenbehandlung nach § 264 SGB V über Sozialhilfeträger		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn derzeit nicht krankenversichert, Angaben zur letzten Mitgliedschaft:	Letzte Krankenkasse:			
	vom		bis	
Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> beantragt am			
	<input type="checkbox"/> abgelehnt am			
Festgestellter Pflegegrad		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Weitere Leistungen der Pflegekasse?	Art der Leistung			EUR
Nachweis	MDK-Gutachten und (Ablehnungs-)Bescheid(e) der Pflegekasse in Kopie beifügen!			

7. Sonstige Angaben des(r) Antragstellers(in)		
Beihilfeanspruch des Antragstellers, seines Ehegatten oder seiner Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Liegt ein Geburtsschaden bzw. ein sonstiger ärztlicher Behandlungsfehler vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Sind Sie Geschädigter eines Unfalles?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anmerkung
Sind Sie Geschädigter eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anmerkung

8. - 9. - entfällt -

10. Vermögenswerte (§ 90 SGB XII)				
	des(der) Antragsteller(in)		des Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)/ falls minderjährig Eltern	
10.1 Bank- und Sparguthaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Girokonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN		IBAN	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN		IBAN	

Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Sparkonto	Geldinstitut	EUR	Geldinstitut	EUR
	IBAN / Konto-Nr.		IBAN / Konto-Nr.	
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Kontostand EUR		Kontostand EUR	
Nachweis	Die lückenlosen Kontoauszüge der letzten 3 Monate für sämtliche Konten bitte in Kopie beifügen!			

10.2 Aktien- und Investmentanteile				
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bankinstitut		Bankinstitut	
	Wert EUR		Wert EUR	
Aktienfonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bankinstitut		Bankinstitut	
	Wert EUR		Wert EUR	

10.3 Versicherungen				
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Drittbegünstigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Drittbegünstigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Begünstigte Person: _____		Begünstigte Person: _____	
Altersvorsorgeverträge (z.B. Riester / Rürup)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
Nachweis	Vollständiger Versicherungsvertrag inkl. Nachweis über die Höhe des aktuellen Rückkaufwertes bitte jeweils in Kopie beifügen!			
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Versicherungsgesellschaft		Versicherungsgesellschaft	
	Abtretung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abtretung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Widerruf möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Widerruf möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Rückkaufswert:	EUR	Rückkaufswert:	EUR
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bestattungsunternehmen		Bestattungsunternehmen	
	in Höhe von EUR		in Höhe von EUR	
Nachweis	Eine Kopie des Vertrages bitte beifügen!			

10.4 Bargeld				
	Ich verfüge über	EUR	Ich verfüge über	EUR

10.5 Haus- und Grundeigentum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ___ Eigentumswohnung(en) <input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) (z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen)	<input type="checkbox"/> ___ Eigentumswohnung(en) <input type="checkbox"/> ___ Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ Zwei- oder Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> ___ unbebaute(s) Grundstück(e) (z.B. land-/forstwirtschaftliche Flächen)	

Nachweise Unterlagen über die **Finanzierung** (Zins, Tilgung) bitte in Kopie beifügen. Bei Untervermietung / -verpachtung auch die entsprechenden Miet-/Pachtverträge;

Weitere Angaben zum vorgenannten Haus- und Grundeigentum

Art des Grundvermögens		m ²		m ²
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	
Art des Grundvermögens		m ²		m ²
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	
Art des Grundvermögens		m ²		m ²
Anschrift bzw. Gemarkung, Flur-Nr.				
Geschätzter Wert	EUR		EUR	

10.6 Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art des Anspruches (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege)			
Nachweis	Eine Kopie des Vertrages bitte beifügen!		

10.7 Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Kraftfahrzeug	Kennzeichen		Hersteller		Kennzeichen		Hersteller	
	Typ		Baujahr		Typ		Baujahr	
	Kilometerstand:		km		Kilometerstand:		km	
	Zeitwert:		EUR		Zeitwert:		EUR	
Weitere Vermögenswerte (z.B. wertvolle Sammlungen, Darlehensrückzahlungsansprüche, Genossenschaftsanteile)								

11. Vermögensabgabe (Schenkung oder Veräußerung) innerhalb der letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitz	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
<input type="checkbox"/> Barvermögen	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
<input type="checkbox"/> Sparvermögen	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger

<input type="checkbox"/> Sonstiges	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger	Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger
Nachweise	Verträge bzw. notarielle Urkunden bitte beifügen!	

12. Bestehen Erb- und Pflichtteilsansprüche		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Erbanspruch <input type="checkbox"/> Pflichtteilsanspruch		
Art und Höhe			EUR
Erblasser Name und Anschrift			
Todestag und -ort			
Nachweis	Unterlagen (u.a. Erbschein, Testament, Nachlassverzeichnis) bitte in Kopie beifügen!		

Anmerkungen

Erklärung des(der) Antragssteller(in) und des(der) Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)
<p>Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.</p> <p>Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Bürgergeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. 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.</p> <p>Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten der Betreuungs- und Nachlassgerichte bzw. Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe einzusehen.</p> <p>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.</p> <p>Zur Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabepflichtkonferenz Sozialdaten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabepflichtplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabepflichtkonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).</p> <p>Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.</p> <p>Sind die Voraussetzungen für Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KförsV erteilt.</p>

Hinweis zur Vorlage von Kontoauszügen:

Bei Vorlage von Kontoauszügen können der Verwendungszweck sowie der Adressat von Ausgabebuchungen durch Schwärzen unkenntlich gemacht werden, sofern es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über rassische und ethnische Herkunft, politischen Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person. Je nach Besonderheit des Einzelfalles kann jedoch nachträglich eine Offenlegung der unkenntlich gemachten Daten verlangt werden.

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

Die von Ihnen nach § 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. 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@bezirk-schwaben.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz.

Geldleistungen können auf folgende Bankverbindung der nachfragenden Person gezahlt werden:

Kontoinhaber	Name	Vorname
Bankinstitut	Name	
IBAN (22-stellig)		
PLZ, Ort	Datum	Unterschrift
		_____ Antragssteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter
		_____ Ehegatte(in)/Lebenspartner(in)/Partner(in)
		_____ Aufnehmende Person