

Bezirk Schwaben
Sozialverwaltung
86147 Augsburg

Az: (Bitte bei Antwort angeben sofern bekannt)

Antrag auf Übernahme von Leistungen zur Förderung der Verständigung nach § 82 SGB IX

1. Angaben zur Person

(Bitte für Angaben Nachweise in Kopie beilegen und Nichtzutreffendes streichen.)

Persönliche Angaben	Antragstellerin/Antragsteller	sofern Antragsteller minderjährig: Eltern
Name (ggf. auch Geburtsname)		
Vorname(n)		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Telefon		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit(en)		
Aufenthaltsstatus (wenn Staatsangehörigkeit nicht Deutsch)		
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 <input type="checkbox"/> LP aufgehoben <input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste LP	<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 <input type="checkbox"/> LP aufgehoben <input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste LP

Haben Sie eine Betreuung oder diese beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Amtsgericht, Name und Anschrift des Betreuers		
Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? (Bitte Fotokopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art der Behinderung	<input type="checkbox"/> hörbehindert/taub	<input type="checkbox"/> sprachbehindert
Ursache der Behinderung (z.B. angeborene Behinderung, Impfschaden, Berufskrankheit, etc.)		

Für welchen besonderen Anlass brauchen Sie die Leistung?	Anlass:
	Wann:
	Wo:
	Voraussichtliche Dauer:
Welche Art der Kommunikationshilfe brauchen Sie?	
<input type="checkbox"/>	Gebärdensprachdolmetscher (deutsche Gebärdensprache)
<input type="checkbox"/>	Angehörige, Nachbar, Steuerberater, Notar u.ä. Personen zur persönlichen Unterstützung bei Wortfindungsstörung oder fehlendem Artikulationsvermögen
<input type="checkbox"/>	Kommunikationshelfer (Schriftdolmetscher, Simultandolmetscher, Oraldolmetscher, Kommunikationsassistent)
<input type="checkbox"/>	Kommunikationsmittel (akustische- techn. Hilfen, grafische Symbolsysteme)
<input type="checkbox"/>	Kommunikationsmethoden (Lormen taktil wahrnehmbare Gebärden, gestützte Kommunikation für Menschen mit autistischer Störung)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

2. Einkommen

Für die Berechnung ist das Einkommen vor 2 Jahren (Vorvorjahr) und das aktuelle Jahr notwendig.
(Bitte für Angaben Nachweise in Kopie beilegen und Nichtzutreffendes streichen.)

Art des Einkommens (bei minderjährigen Personen das EK der Eltern oder des Elternteils)	aus dem laufenden Jahr ein Betrag in Höhe von monatlich		aus dem laufenden Jahr ein Betrag in Höhe von monatlich
	<input type="checkbox"/> pro Jahr	<input type="checkbox"/> pro Monat	
Arbeit und selbständige Tätigkeit			
Werkstatteinkommen			
Kindergeld/Kinderzuschuss			
Arbeitslosengeld oder Bürgergeld			
Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung			
Renten/Pensionen (z.B. Erwerbsunfähigkeitsrente, Berufsunfähigkeitsrente, Zusatzrente, private Rente, Entschädigungsrente, etc.)			
Wohngeld			
Land- und Forstwirtschaft			
Miet- und Pachteinnahmen			
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)			
Leistungen des Lastenausgleichs			
Bestehen vertragliche Ansprüche gegen Dritte? (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege)			
Sonstiges			

3. Vermögen

(Bitte für Angaben Nachweise in Kopie beilegen und Nichtzutreffendes streichen.)

Art des Vermögens	in Höhe von	
Bargeldbestand, Bankguthaben		
Wertpapiere, Aktien, Fondsanteile		
Selbstbewohnte Eigentumswohnung oder selbstbewohntes eigenes Haus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weiteres Immobilienvermögen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn "ja", dann Art und Anschrift mitteilen:		
Sonstige Vermögen (z.B. Bausparverträge, Unfallversicherungen, Lebensversicherungen unter Belegung des aktuellen Rückkaufswertes)		
Sonstige Altersvorsorgeverträge (z.B. Riesterrente)	Art _____	
	Höhe mtl. Einzahlung _____ €	
	ab _____	
Haben Sie in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4. Erb- und Pflichtteilsansprüche

(Bitte für Angaben Nachweise in Kopie beilegen und Nichtzutreffendes streichen.)

Bestehen Erb- und Pflichtteilsansprüche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Erbenspruch	<input type="checkbox"/> Pflichtteilsanspruch
Art und Höhe	Art	Höhe
Erblasser/verstorbene Person Name und Anschrift		
Todestag und -ort		

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 Hilfegewährung 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 KFürsV 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

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@bezirk-schwaben.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz.

Geldleistungen können auf folgende Bankverbindung des Antragstellers gezahlt werden:

IBAN:			
Bankinstitut:		BIC:	

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Hinweise zum Antrag auf Übernahme von Leistungen zur Förderung der Verständigung nach § 82 SGB IX

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

- Nachweis über die Behinderung
 - einfaches Attest des Hausarztes
 - oder Behindertenausweis
 - oder Feststellungsbescheid des Zentrum Bayerns für Familie und Soziales über die Behinderung
- Persönliche Verhältnisse
 - Für Nicht EU-Bürger/-innen: Nachweis des Aufenthaltstitels in Kopie
 - Betreuerausweis oder Vollmacht
- Nachweise über Einkommen und Vermögen
(Nachweise des Einkommens werden von dem Vorvorjahr und aus dem aktuellen Jahr benötigt.
Das heißt zum Beispiel, beantragen Sie Leistungen im Jahr 2024, dann werden die Nachweise über die Einkünfte aus dem Jahr 2022 und dem Jahr 2024 benötigt)

Für Erwerbstätige

- Einkommenssteuerbescheid des Vor-vor-Jahres (vor 2 Jahren)
- oder alle 12 Lohnnachweise des Vor-vor-Jahres (vor 2 Jahren)

Für Bezieher/-innen von Sozialleistungen oder Rente

- Kindergeldbescheid
- aktueller Arbeitslosengeldbescheid
- aktueller Bürgergeldbescheid
- aktueller Rentenbescheid
- aktueller Bescheid über die Leistungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt
- aktueller Bescheid über die Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung

Nachweis über sonstige Einnahmen

- Miet- und Pachteinnahmen beispielsweise durch Kontoauszüge
- Kapitalerträge durch Bescheinigung der Bank
- Riesterrenten ggf. mit Zertifizierungsnummer (Kopie des Vertrages)
- sonstige Einnahmen und Einkünfte

Nachweis über Vermögen

- Salden oder Finanzübersicht aller Konten
- Nachweis über Wertpapiere, Fondsanteile und Aktien
- Nachweis über Lebensversicherungen oder Rentenverträge (aktuelle Rückkaufswerte und vollständige Versicherungspolicen, ggf. Bestätigung bei Versicherung anfordern)
- Nachweise Bausparverträge (aktuelle Rückkaufswerte und vollständige Versicherungspolicen, ggf. Bestätigung bei Versicherung anfordern)
- Grund- und Eigentumsbesitz (Grundbucheintrag)