

# Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe

Für (Name der Person, die Eingliederungshilfe erhalten soll)	Eingangsstempel
<p><b>wird Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß §§ 102 ff. SGB IX in folgender Form beantragt:</b> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation (§§ 42-48 i. V. m. §§ 109, 110 SGB IX)*</p> <p><input type="checkbox"/> Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 49-63 i. V. m. § 111 SGB IX)*</p> <p><input type="checkbox"/> Teilhabe an Bildung (§ 75 i. V. m. § 112 SGB IX)*</p> <p><input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe (§§ 76-84 i. V. m. § 113 SGB IX)*</p>	

**\*Erläuterungen zu den einzelnen Leistungsarten (die nachfolgenden Ausführungen dienen der Orientierung und dem Verständnis der einzelnen Leistungsarten und sind nicht abschließend):**

## **Medizinische Rehabilitation:**

Ziel dieser Leistung ist es, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkte Leistungsfähigkeit eines Menschen soweit wie möglich wiederherzustellen. Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden überwiegend von anderen Reha-Trägern wie z. B. Krankenkassen erbracht.

## **Teilhabe am Arbeitsleben:**

Ziel dieser Leistung ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit möglichst dauerhaft zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen. Ein Großteil der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Kostenträgerschaft der Eingliederungshilfe entfällt dabei auf Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen oder das Budget für Arbeit.

## **Teilhabe an Bildung:**

Ziel dieser Leistung ist es, allen jungen Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, einen allgemeinen Bildungsabschluss erwerben zu können. Folgende Hilfen sind dabei möglich: Hilfen zur schulischen Hochschulbildung und Hilfen zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung.

## **Soziale Teilhabe:**

Ziel dieser Leistung ist es, Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hierdurch soll dem Menschen mit Behinderung ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen insbesondere

- Leistungen für Wohnraum
- Assistenzleistungen (z. B. Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie Haushaltsführung oder Leistungen für die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben),
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie (sowohl für Minderjährige als auch Erwachsene),
- Leistungen zum Erhalt und Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben, Tagesstätten für Menschen mit psychischen Erkrankungen),
- Leistungen zur Förderung der Verständigung bei Hör- oder Sprachbehinderung (z. B. Hilfen durch Gebärdendolmetscher),
- Leistungen zur Mobilität (z. B. Leistungen zur Beförderung, insbesondere durch einen Beförderungsdienst, Leistungen für ein Kraftfahrzeug),
- Hilfsmittel, sofern keine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht (Hilfsmittel, die Einschränkungen ausgleichen und Menschen mit Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen sollen, z. B. barrierefreie Computer und deren Unterweisung im Gebrauch)
- Besuchsbeihilfen (z. B. Fahrtkostenerstattung für Familienheimfahrten in besonderen Wohnformen).

Informationen zur Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) finden Sie unter:

<https://www.teilhabeberatung.de>. Die nächste Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung in Ihrer Nähe finden Sie unter:

<https://www.teilhabeberatung.de/de-ls/beratung/beratungsangebote-der-eutb>

**1. Persönliche Verhältnisse (zutreffendes bitte ankreuzen):**

	Antragsteller/in	Ehegatte/ Partner der eheähnlichen Gemeinschaft	Vater bei ledigen oder verheirateten Minderjährigen	Mutter bei ledigen oder verheirateten Minderjährigen
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Telefonnummer				
E-Mail				
Geburtsort/ Kreis/ Land				
Familienstand (wenn geschieden, Name des Gerichtes, Datum und AZ des Urteils)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. lebend	
	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	
	seit:	seit:	seit:	
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> geschieden	
	rechtskräftig seit:	rechtskräftig seit:	rechtskräftig seit:	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
Bei Ausländern:	aufenthaltsrechtlicher Status (z .B. Niederlassungserlaubnis, Aufenthaltserlaubnis; Kopie des Passes mit Aufenthaltstitel beifügen)			
Ausgeübte Tätigkeit				
Erwerbseinschränkung / Arbeitsunfähigkeit Ggfs. Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Angaben zur Schwerbehinderung	Datum	G. d. B.	Antrag gestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Kopie des Ausweises beifügen)	
	Pflegegrad <input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: (Kopie des Bescheides und des MDK-Gutachtens beifügen) <input type="checkbox"/> nein (bitte Antrag bei der Pflegekasse stellen und dies nachweisen)			
Rechtliche Vertretung	<input type="checkbox"/> Betreuer	Name, Anschrift, Telefon, E-Mail (Kopie der Bestellsurkunde bzw. Vollmacht ist beizufügen)		
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter			

## 2. Angaben zur Behinderung:

<input type="checkbox"/> Körperbehinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung (Sehbehinderung/Hörbehinderung) <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung <input type="checkbox"/> Psychische/Seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung <input type="checkbox"/> Sonst. Einschränkungen: <hr/> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: <hr/>	<input type="checkbox"/> Fach-/Ärztliche Unterlagen sind beigefügt. <input type="checkbox"/> Fach-/Ärztliche Unterlagen sind nicht beigefügt, da _____ <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Fach-/Ärztliche Unterlagen liegen nicht vor.
---	---

## 3. Wirtschaftliche Verhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin:

3.1 Einkommen	
<i>zutreffendes bitte ankreuzen</i>	<b>Betrag in EURO</b>
<input type="checkbox"/> Einkommen aus selbstständiger/nichtselbstständiger Tätigkeit (erforderlicher Nachweis: Einkommensteuerbescheid des Vor-Vorjahres, z. B. bei Antragstellung in 2020 der Einkommenssteuerbescheid aus 2018)	
<input type="checkbox"/> Einkommen aus Rentenbezügen (erforderlicher Nachweis: Bruttorentenbescheide des Vor-Vorjahres, z. B. bei Antragstellung in 2020 die Bruttorentenbescheide aus 2018)  Art der Rente: <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Betriebsrente	
<input type="checkbox"/> Bezug von existenzsichernden Leistungen (erforderlicher Nachweis: Aktueller Bescheid über den Bezug der nach- folgenden Leistungen)  Art der existenzsichernden Leistung: <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II <input type="checkbox"/> Leistungen nach § 27a Bundesversorgungsgesetz (BVG)	

#### 4. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin:

##### 4.1 Ich habe folgendes Vermögen (Zutreffendes bitte ankreuzen und durch Nachweise belegen):

<input type="checkbox"/> Guthaben und Bargeld (z. B. Guthaben auf Giro- und Sparkonten, Prämien- und Bausparverträge)
<input type="checkbox"/> Wertpapiere (z. B. Aktien, Anleihen, Bundesschatzbriefe)
<input type="checkbox"/> Forderungen (z. B. aus Darlehen)
<input type="checkbox"/> Hausgrundstück, Wohneigentum, Wohnrechte Bitte bei den nachfolgenden sonstigen Hinweisen und Erläuterungen (Punkt 4.4) folgende Angaben machen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anzahl der Wohnungen</li><li>• Grundstücksgröße / Hausgröße / Wohnungsgröße</li><li>• Zuschnitt und Ausstattung des Wohngebäudes</li><li>• Monatliche Mieteinnahmen</li><li>• Verkehrswert</li><li>• Grundbuch vom / Band / Blatt / Flur-Nr. / Grundstücksgröße</li></ul>
<input type="checkbox"/> sonstiger Grundbesitz Bitte bei den nachfolgenden sonstigen Hinweisen und Erläuterungen (Punkt 4.4) folgende Angaben machen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Grundbuch vom / Band / Blatt / Flur-Nr. / Grundstücksgröße</li><li>• Verkehrswert</li></ul>
<input type="checkbox"/> sonstiges Vermögen (z. B. Lebensversicherung, bitte Rückkaufswert angeben)
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug(e) (Hersteller, Baujahr, amtliches Kennzeichen, Verkehrswert)

##### 4.2 Kein Vermögen:

<input type="checkbox"/> Ich habe kein Vermögen
---

##### 4.3 Frühere Vermögenswerte:

<input type="checkbox"/> Ich habe in den letzten 10 Jahren folgendes Vermögen <input type="checkbox"/> veräußert <input type="checkbox"/> übertragen <input type="checkbox"/> verschenkt
<input type="checkbox"/> Ich habe den letzten 10 Jahren kein Vermögen veräußert, übertragen oder verschenkt





## Erklärung über Konten / Auskunftsermächtigung

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gem. §§ 102 ff. SGB IX

Name, Vorname des Antragstellers/der Antragstellerin, Anschrift

ges. Betreuer/Vertreter mit Anschrift

Ich unterhalte kein Sparkonto, Postsparkonto, Girokonto, Kapitalansamlungsvertrag, Bausparvertrag, Wertpapierdepot

Ich unterhalte bei

Name und Anschrift des Kreditinstituts


folgende Sparkonten, Girokonten, Kapitalansparverträge, Bausparverträge, Wertpapierdepots etc.

Bezeichnung und Konto bzw.	Laufzeit des Vertrages (von - bis)	Betrag der Einlage / Vertragssumme / Wert
		€
		€
		€
		€
		€

folgende Nachweise sind beigelegt:

Sparbuch       letzter Kontoauszug       Vertrag

Ich befreie hiermit das oben genannte Kreditinstitut vom Bankgeheimnis, den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und ermächtige und beauftrage es, dem Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte über den Kontostand und die Kontobewegungen zu erteilen.



Datum und Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin bzw. seines/ihrer rechtlichen Vertreters

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Antragsteller/Antragstellerin:

geboren am:

Anschrift:

Betreuer oder rechtlicher Vertreter:

Anschrift:

Vorbemerkung:

Als Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX hat sich die Kreisverwaltung Mainz-Bingen als der Träger der Eingliederungshilfe über Art und Umfang des Teilhabebedarfs zu informieren.

Auch wenn bereits Eingliederungshilfe gewährt wird, benötigt der Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte über die Entwicklung des Leistungsberechtigten, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Teilhabebedarf geändert haben kann oder aber wenn ein Entwicklungsabschnitt beendet wird, also z.B. bei Beendigung der Schulzeit oder bei einem Wechsel von Maßnahmeabschnitten. Auch ist zu überprüfen, ob Ziele der Eingliederungshilfe durch die bisher gewährten Unterstützungsleistungen erreicht werden können. In diesem Fall muss der Träger der Eingliederungshilfe entscheiden, ob die Hilfe in Form und Maß ebenfalls zu ändern ist. Es ist auch zu prüfen, ob die Kreisverwaltung Mainz-Bingen nach wie vor als Träger der Maßnahme zuständig ist oder ob andere Träger oder andere Hilfemöglichkeiten vorrangig sind. So ist auch die vorrangige Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekasse nach dem SGB V und SGB XI zu klären.

Personen, die dem Träger der Eingliederungshilfe solche Auskünfte erteilen können sind Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen oder Personal von Diensten und Einrichtungen, sofern es sich mit der Betreuung des Leistungsberechtigten befasst.

Der Leistungsberechtigte hat nach §§ 60 ff SGB I solche für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben oder Auskünfte zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt er seinen Mitwirkungspflichten nicht nach, muss er unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I damit rechnen, dass die Sozialhilfeleistungen nicht gewährt bzw. entzogen werden.

### Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin bzw. seines/ihrer rechtlichen Vertreters:

Soweit Gutachten, Teilhabepläne und Entwicklungsberichte von Mitarbeitern der Dienste und Einrichtung, die den Leistungsberechtigten unterstützen, in dem o.a. Sinne und Umfang für den Träger der Eingliederungshilfe erforderlich sind, erteile ich meine Einwilligung, dass sie diesen gegenüber von den erwähnten Personen abgegeben werden dürfen. Dies gilt ebenso für Berichte/personenbezogene Daten/Gutachten, die durch den Träger der Eingliederungshilfe von sonstigen Personen angefordert werden, nämlich:

- a) der Amtsärztin/dem Amtsarzt, das um Untersuchung gebeten worden ist.
- b) des medizinischen Dienstes (MDK) der Krankenkasse/Pflegekasse
- c) des sozialpsychiatrischen Dienstes der Kreisverwaltung
- d) sonstigen behandelnden (Fach-) Ärzten,

Bei Ärztinnen/Ärzten umfasst die Einwilligung die Weitergabe von Diagnose und Feststellung von Umfang/Auswirkung der Behinderung. Die Kreisverwaltung ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von dem Leistungsberechtigten selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben z. B. nach dem SGB XII / AG SGB XII Rheinland- Pfalz / SGB IX / AGSGB IX / SGB X / SGB XI befugt.



Datum und Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin bzw. seines/ihrer rechtlichen Vertreters



**Erklärung  
zur Behandlung meiner persönlichen Daten  
in der Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz  
des Landkreises Mainz-Bingen**

Antragsteller/Antragstellerin:

geboren am:

Anschrift:

Betreuer oder rechtlicher Vertreter:

Anschrift:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Antrag auf Eingliederungshilfe in der Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz für den Landkreis Mainz-Bingen unter Nennung meines Namens besprochen wird. Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, sowie der notwendigen Unterlagen an die Teilnehmer der Konferenz, bin ich einverstanden. Die Datenübermittlung darf zur Vorbereitung auf die Konferenz per E-mail oder Postweg an die Mitglieder erfolgen.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte, dass mein Antrag in der Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz in anonymer Form besprochen wird. Ich bin mir darüber bewusst, dass auch bei der anonymen Beratung meines Teilhabepplans nicht ausgeschlossen ist, dass die Mitglieder Rückschlüsse auf meine Person ziehen. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten ist nur an die Mitglieder der Konferenz gestattet, die an der Leistung der für meinen Bedarf notwendigen Hilfen beteiligt sind. Die Übermittlung meiner nicht personenbezogenen Daten darf zur Vorbereitung der Konferenz per E-mail oder Postweg an die Mitglieder erfolgen.
<input type="checkbox"/>	Ich bin <b>nicht</b> damit einverstanden, dass in der Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz mein Name genannt oder mein Antrag in anonymer Form behandelt wird. Eine Bearbeitung meines Antrags und Beratung meines Hilfebedarfs in der Konferenz ist damit ausgeschlossen. Über den Antrag wird von den zuständigen Eingliederungshelfeträgern ohne Mitarbeit der Konferenz entschieden. Die Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz wird anschließend nur von der Belegung eines Angebotes innerhalb oder außerhalb einer besonderen Wohnform ohne Nennung von Details aus meinem Hilfeplan unterrichtet.

Erläuterung:

Die Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz für den Landkreis Mainz-Bingen will Menschen mit Behinderungen aus der Versorgungsregion helfen, die für ihre Situation bestmögliche Unterstützungsform zu finden und möglichst schnell Klarheit über Kosten und Finanzierung zu erhalten.

Mitglieder der Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz sind: Der Landkreis Mainz-Bingen als Träger der Eingliederungshilfe, Sie selbst als Antragsteller, eine Person Ihres Vertrauens, bei Menschen mit psychischer Erkrankung ggf. der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Mainz-Bingen sowie, wenn Sie dies wünschen, die im Einzelfall erforderlichen Leistungsanbieter für Menschen mit Behinderungen.

Alle Mitglieder der Gesamtplankonferenz/Teilhabekonferenz unterliegen der Schweigepflicht. Jeder Antragsteller und jede Antragstellerin hat das Recht, bei der Vorstellung ihres Teilhabebedarfs in der Konferenz teilzunehmen und sich durch eine Person ihres Vertrauens begleiten oder vertreten zu lassen.



Datum und Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin bzw. seines/ihres rechtlichen Vertreters

**Informationen zur Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorgaben  
nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)  
in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem 25.05.2018 gilt die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) als unmittelbar geltendes Recht auch für die Kreisverwaltung Mainz-Bingen als Behörde. Die Vorschriften der DSGVO werden durch Regelungen des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) und fachspezifischer Datenschutzregelungen wie z.B. dem Sozialgesetzbuch ergänzt.

Im Rahmen seiner Verantwortlichkeit als Behörde, die über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung personenbezogener Daten entscheidet, ist die Kreisverwaltung Mainz-Bingen verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Personenbezogene Daten sind dabei alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person („betroffene Person“) beziehen.

Die Kreisverwaltung Mainz-Bingen verarbeitet als zuständige Behörde Ihre personenbezogenen Daten. Wir informieren Sie deshalb, welche personenbezogenen Daten wir erheben, zu welchen Zwecken wir die Daten erheben und über weitere Hintergründe zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Darüber hinaus informieren wir Sie über Ihre Rechte im Datenschutz und Ihre Ansprechpartner in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen für Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten.

**1. Die Kreisverwaltung Mainz-Bingen**

Der Geschäftsbereich III, Fachbereich 32 a (Soziale Hilfen) umfasst die folgenden Angelegenheiten:

- Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)
- Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII)

**2. Ihre Ansprechpartner**

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

Kreisverwaltung Mainz-Bingen  
Georg-Rückert-Straße 11  
55218 Ingelheim am Rhein  
Telefon: +49 (0) 6132-787 0  
E-Mail: [kreisverwaltung@mainz-bingen.de](mailto:kreisverwaltung@mainz-bingen.de)  
Website: [www.mainz-bingen.de](http://www.mainz-bingen.de)

Die Kreisverwaltung Mainz-Bingen hat einen Datenschutzbeauftragten benannt. Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten unter folgenden Kontaktdaten:

Kreisverwaltung Mainz-Bingen  
Datenschutzbeauftragter  
Konrad-Adenauer-Straße 3  
55218 Ingelheim  
Telefon: +49 (0) 6132-787 6601  
Email: [datenschutz@mainz-bingen.de](mailto:datenschutz@mainz-bingen.de)

**3. Zu welchen Zwecken verarbeiten wir personenbezogene Daten?**

Die personenbezogenen Daten werden verarbeitet, um über die Gewährung möglicher Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Grundsicherung und der Hilfe zum Lebensunterhalt entscheiden zu können.

**4. Welche personenbezogenen Daten verarbeiten wir? Wir verarbeiten die folgenden personenbezogenen Daten:**

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, ärztliche Diagnosen, Ermittlung und Feststellung von Teilhabebedarfen im Gesamtplanverfahren bzw. Teilhabeplanverfahren

**5. Wie erheben wir Ihre personenbezogenen Daten?**

In erster Linie werden Ihre personenbezogenen Daten durch Sie selbst mitgeteilt und erhoben, beispielsweise in Form von Anträgen, Vordrucken, Erklärungen, Mitteilungen und sonstigen Schreiben. Eine Erhebung bei Dritten erfolgt nur, wenn und soweit dies gesetzlich zulässig und zur Erfüllung unserer dienstlichen Aufgaben erforderlich ist. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn dies einen unverhältnismäßigen Mehraufwand bedeutet würde oder dies durch bestimmte Rechtsvorschriften vorgeschrieben ist. Weitere Informationen hierzu können Sie § 67 a des Sozialgesetzbuch 10 entnehmen.

## 6. Welche Empfänger erhalten personenbezogene Daten?

Alle personenbezogenen Daten, die wir im Rahmen unserer gesetzlichen Verpflichtungen verarbeiten, werden von uns nur dann weitergegeben, wenn die Übermittlung gesetzlich zugelassen ist oder Sie in die Übermittlung eingewilligt haben. Im Gesamtplanverfahren können dies z.B. die Pflegekasse, die Träger für die Leistungen für die Hilfe zur Pflege bzw. für Leistungen zur Grundsicherung, die Gesundheitsämter, die Betreuungsbehörde und ggf. (künftige) Leistungserbringer sein. Im Rahmen der Teilhabeplanung können dies zusätzlich auch die anderen Träger der Rehabilitation sein, wie z.B. die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger. Die Grundsätze zur Übermittlung von Sozialdaten können Sie in den §§ 67d – 77 SGB X nachlesen. Sozialdaten dürfen nur an die in § 35 SGB I genannten Stellen übermittelt werden, wenn diese Aufgaben nach dem Gesetz wahrnehmen und die Übermittlung zur Erfüllung der Zwecke erforderlich ist.

## 7. Wie lange werden personenbezogene Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten gem. § 67c SGB X Ihre personenbezogenen Daten nur so lange, wie sie für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich sind. Die Verarbeitung erfolgt dabei im Rahmen und unter Einhaltung der gesetzlichen Lösungs- und Verjährungsfristen, Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn Sie länger als 10 Jahre keine Leistungen mehr in Anspruch genommen haben. Wenn zu diesem Zeitpunkt noch offene Forderungen bestehen sollten, wie beispielsweise Erstattungsansprüche, ein Darlehen oder Rückforderungen, werden die Daten nach Ablauf der entsprechenden gesetzlichen Verjährungsfristen (i. d. R. 30 Jahre) gelöscht.

## 8. Welche Rechte haben Sie als betroffene Person?

Die DSGVO gewährt Ihnen verschiedene Rechte, die im Nachfolgenden kurz aufgeführt sind. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Artikeln 15 bis 18 und 20, 21 der DSGVO.

### Recht auf Auskunft

Sie können Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. In Ihrem Antrag sollten Sie Ihr Anliegen vortragen, um das Zusammenstellen der erforderlichen Daten zu erleichtern.

### Recht auf Berichtigung

Sollten Ihre personenbezogenen Daten nicht (mehr) zutreffend oder unvollständig sein, können Sie eine Berichtigung oder Vervollständigung verlangen.

### Recht auf Löschung

Sie können die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Ihr Anspruch hängt u.a. davon ab, ob die betreffenden Daten von uns zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben noch benötigt werden.

### Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Sie können die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Die Einschränkung steht einer Verarbeitung nicht entgegen, soweit an der Verarbeitung ein wichtiges öffentliches Interesse besteht.

### Recht auf Widerspruch

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit der Verarbeitung der Sie betreffenden Daten zu widersprechen. Allerdings können wir dem nur nachkommen, wenn an der Verarbeitung kein überwiegendes öffentliches Interesse besteht oder keine Rechtsvorschrift uns zur Verarbeitung verpflichtet.

### Widerruf der Einwilligung

Erfolgt die Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund einer Einwilligung, haben Sie das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

### Darüber hinaus haben Sie ein Beschwerderecht:

Jede betroffene Person kann sich unbeschadet anderweitiger Rechtsbehelfe mit einer Beschwerde an den Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wenden.

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz  
und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Dieter Kugelmann

Hintere Bleiche 34

55116 Mainz

Telefon: +49 (0) 6131 208-2449

Telefax: +49 (0) 6131 208-2497

Webseite: <https://www.datenschutz.rlp.de>

E-Mail: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)

## 9. Hier finden Sie weiterführende Informationen

Weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter <http://www.msagd.rlp.de> und auf der Homepage des Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz unter <http://www.datenschutz.rlp.de/>.