

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB IX



Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes
 Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 des Sozialgesetzbuches Erstes Buch (SGB I) erhoben.

Stadt Hildesheim
 - Der Oberbürgermeister -
 Fachbereich Soziales und Senioren
 Bereich 50.2
 Teilhabe und Rehabilitation

Eingangsdatum:

Der Antrag ist vollständig auszufüllen, jede Frage ist zu beantworten, Nichtzutreffendes ist zu streichen! Darüber hinaus sind sämtliche Angaben zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, insbesondere zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie zu den geltend gemachten Ausgaben, anhand von Belegen nachzuweisen.

I. Persönliche Verhältnisse

	Antragstellende Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand	Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> seit Eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> seit Verwitwet <input type="checkbox"/> seit Geschieden <input type="checkbox"/> seit Getrenntlebend <input type="checkbox"/> seit
Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	
Ich erhalte bereits Leistungen der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:
Ich erhalte Leistungen nach dem SGB XIV oder habe diese beantragt (Vorher OEG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Leistungen (Kopie beifügen):
Telefon	
Nur bei Ausländern/Aussiedlern: Aufenthaltsrechtlicher Status	gültig bis:
Art der Aufenthaltsgenehmigung	
Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen)

Rechtliche Betreuung eingerichtet oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Betreuer/Betreuerin/ bestehende Vollmacht	
Anschrift	
Telefonnummer der Betreuungsperson	
eMail -Adresse	
Krankenversichert bei	
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privatversicherung
Krankenversicherungsnummer	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt
	Bescheid vom <input type="text"/> bewilligt bis: <input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	

II. Familienverhältnisse

Außer der antragstellenden Person leben noch folgende Personen im Haushalt :			
	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Name (ggf. Geburtsname angeben)			
Vorname			
Geburtsdatum und Geburtsort			
Familienstand			
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person			
Staatsangehörigkeit			
ggf. Art des Aufenthaltstitels Kopie beifügen			
Aktuell ausgeübter Beruf			

III. Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

Kinder - auch aus früheren Ehen -, nichteheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner/Partnerin aus lebenspartnerschaftlicher Gemeinschaft:			
	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person			
Familienstand			
Straße, Hausnummer (ggf. zuletzt bekannte)			
Wohnort, PLZ (ggf. zuletzt bekannter)			
Aktuell ausgeübter Beruf			

IV. Einkommen für das Vorvorjahr

Es ist Einkommen vorhanden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Einkommenssteuererklärung ist beigefügt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	1 Antragstellende Person	2 Ehegatte*in/ Lebenspartner*in/ Partner*in o.ä.	3 weitere Person im Haushalt	4 weitere Person im Haushalt
Name				
Vorname				
Bruttoarbeitseinkommen	€	€	€	€
Leistungen der Agentur für Arbeit / Jobcenter:				
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I				
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II				
<input type="checkbox"/> Sozialgeld	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld				
<input type="checkbox"/> Ausbildungsgeld				
<input type="checkbox"/> Kindergeld	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag				
<input type="checkbox"/> Wohngeld	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Lastenzuschuss				
Leistungen der Rententräger / Knappschaft:				
<input type="checkbox"/> Altersrente				
<input type="checkbox"/> Unfallrente				
<input type="checkbox"/> EU-Rente*				
<input type="checkbox"/> BU-Rente*				
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Renten nach dem BVG/LAG*				
<input type="checkbox"/> Renten nach dem OEG*				
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld				

	1 Antragstellende Person	2 Ehegatte*in / Lebenspartner*in / Partner*in o.ä.	3 weitere Person im Haushalt	4 weitere Person im Haushalt
Betriebsrente	€	€	€	€
Rente aus freiwilliger Versicherung	€	€	€	€
Pensionen	€	€	€	€
Leistungen der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld	€	€	€	€
Elterngeld	€	€	€	€
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	€	€	€	€
Miet-, Untermiet- oder Pachteinnahmen	€	€	€	€
Unterhaltszahlungen von Angehörigen	€	€	€	€
Unterhaltsvorschuss	€	€	€	€
Zinsen aus Vermögen	€	€	€	€
Leistungen der Ausbildungsförderung <input type="checkbox"/> BAföG* <input type="checkbox"/> BAB*	€	€	€	€
Leistungen der Pflegekasse: <input type="checkbox"/> Pflegegeld	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte: Art der Einkünfte:	€	€	€	€

Folgende Leistungen sind beantragt bzw. befinden sich im Widerspruchs-/Klageverfahren:

* Erläuterung der Abkürzungen:

SGB = Sozialgesetzbuch
 EU = Erwerbsunfähigkeit
 BU = Berufsunfähigkeit
 BVG = Bundesversorgungsgesetz

LAG = Lastenausgleichsgesetz
 OEG = Opferentschädigungsgesetz
 BAB = Berufsausbildungsbeihilfe
 BAföG = Bundesausbildungsförderungsgesetz

V. Einkommen für das laufende Kalenderjahr

Es ist Einkommen vorhanden		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
	1 Antragstellende Person	2 Ehegatt*in / Lebenspartner*in / Partner*in o.ä.	3 weitere Person im Haushalt	4 weitere Person im Haushalt	
Name					
Vorname					
Bruttoarbeitseinkommen	€	€	€	€	€
Leistungen der Agentur für Arbeit / Jobcenter:					
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I					
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II					
<input type="checkbox"/> Sozialgeld	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld					
<input type="checkbox"/> Ausbildungsgeld					
<input type="checkbox"/> Kindergeld	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag					
<input type="checkbox"/> Wohngeld	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Lastenzuschuss					
Leistungen der Rententräger / Knappschaft:					
<input type="checkbox"/> Altersrente					
<input type="checkbox"/> Unfallrente					
<input type="checkbox"/> EU-Rente*					
<input type="checkbox"/> BU-Rente*					
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Renten nach dem BVG/LAG*					
<input type="checkbox"/> Renten nach dem OEG*					
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld					
Betriebsrente	€	€	€	€	€
Rente aus freiwilliger Versicherung	€	€	€	€	€
Pensionen	€	€	€	€	€
Leistungen der Krankenversicherung					
<input type="checkbox"/> Krankengeld	€	€	€	€	€
<input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld					
Elterngeld	€	€	€	€	€
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	€	€	€	€	€
Miet-, Untermiet- oder Pachteinnahmen	€	€	€	€	€
Unterhaltszahlungen von Angehörigen	€	€	€	€	€
Unterhaltsvorschuss	€	€	€	€	€
Zinsen aus Vermögen	€	€	€	€	€

	1 Antragstellende Person	2 Ehegatte*in / Lebenspartner*in / Partner*in o.ä.	3 weitere Person im Haushalt	4 weitere Person im Haushalt
Leistungen der Ausbildungsförderung <input type="checkbox"/> BAföG* <input type="checkbox"/> BAB*	€	€	€	€
Leistungen der Pflegekasse: <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag	€ € € €	€ € € €	€ € € €	€ € € €
Sonstige Einkünfte: Art der Einkünfte:	€	€	€	€

Folgende Leistungen sind beantragt bzw. befinden sich im Widerspruchs-/Klageverfahren:

VII. Selbsteinschätzung

Wobei benötige ich Unterstützung?

Welche Hilfe brauche ich?

Wer kann mir helfen?

Welche Hilfestellungen hatte ich schon?

Was soll sich mit der Hilfe in meinem Leben ändern?

VIII. Ausbildung und Arbeit

Schulischer Werdegang:			
von	bis	Schule	Abschluss
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Berufsausbildung:			
von	bis	Ausbildung zur / zum	Abschluss
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Zusatzqualifikation:	
abgeschlossen am	zur / zum

Beruflicher Werdegang:			
von	bis	bei Firma	als

Festgestellte Erwerbsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Arbeitssuchend?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Üben Sie derzeit eine Beschäftigung aus?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, täglich	Stunden
Derzeitiger Arbeitsgeber			

IX. Gesundheit

Gesundheitliche Beeinträchtigungen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Fachärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 12 Monate	
Name, Vorname	
Adresse	
Fachrichtung	

weitere Fachärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 12 Monate	
Name, Vorname	
Adresse	
Fachrichtung	

Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 12 Monate			
Von	Bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station

Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 12 Monate			
Von	Bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Leistungsträger z.B. Rentenversicherung

Sofern mir fachärztliche Unterlagen und/oder Berichte über meine gesundheitliche(n) Beeinträchtigung(en) der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen vorliegen, füge ich diese bei.

X. Mitwirkungspflichten

Mir ist bekannt, dass ich **sämtliche** Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **unverzüglich** dem Fachbereich Soziales und Senioren mitzuteilen habe. Dies gilt auch für Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der mit mir zusammenlebenden Personen.

Insbesondere sind anzuzeigen:

- Änderungen in den Einkommensverhältnissen, z. B. Einkommen aus Arbeitstätigkeit (auch aus geringfügiger Beschäftigung), Renten, Leistungen des Arbeitsamtes, Kindergeld, Unterhalt, Wohngeld, sonstige Einkünfte in Geld oder Geldeswert. Dies betrifft auch Einkommen aus dem Ausland.
- Änderungen in den Vermögensverhältnissen, z. B. Bank- und Sparguthaben, Grundbesitz und sonstiges verwertbares Vermögen. Auch bei Vermögen im Ausland.
- Änderungen in den Familienverhältnissen
- Änderungen bei mit mir zusammenlebenden Personen (Ehemann, Ehefrau, Kinder, Lebenspartner, andere Personen)
- Aufnahme von Personen in meinen Haushalt oder Auszug von Personen
- Wohnungswechsel
- Finanzielle Unterstützungen oder Gewährung von Sachleistungen durch Dritte
- Heim-, Kur- oder Krankenhausaufenthalte
- Auslandsaufenthalte von mehr als 4 Wochen (28 Tage)

Außerdem beachte ich folgendes:

Unberechtigter Bezug von Eingliederungshilfeleistungen kann als Betrug bestraft werden. Zu Unrecht erhaltene Beträge müssen zurückgezahlt werden.

Erklärung der antragstellenden Person

Mir ist bekannt, dass nach § 60 Abs. 1 Nr. 1 des Sozialgesetzbuches I (SGB I) diejenige Person, die Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben hat, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des Fachbereiches Soziales und Senioren der Erteilung von Auskünften durch Dritte zuzustimmen hat. Ich versichere, dass die Angaben im Antragsbogen und allen Zusatzblättern vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich belangt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin nach § 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistungsgewährung erheblich sind, insbesondere z.B. alle Änderungen in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (z.B. Wohnortwechsel, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalt). Anzugeben sind auch nicht-sozialversicherungspflichtige Einkünfte. Änderungen sind auch mitzuteilen, wenn sie einen Haushaltsangehörigen betreffen.

Besonders bin ich auch darauf hingewiesen worden, dass ich den Fachbereich Soziales und Senioren informieren muss, wenn ich weitere Personen in meinen Haushalt aufnehme oder wenn Personen aus meinem Haushalt ausziehen.

Nach § 66 SGB I kann der Fachbereich Soziales und Senioren die Leistungen ganz oder teilweise versagen oder entziehen, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

Zusatzblatt Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie datenschutzrechtliche Einwilligung

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Gesetzliche Vertretung :

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Stadt Hildesheim für die Prüfung meines Antrages auf Eingliederungshilfe aktuelle Angaben über meinen derzeitigen Gesundheitszustand benötigt. Soweit meine Angaben und Unterlagen für eine sachgerechte Beurteilung der Gesundheitsstörungen nicht ausreichen, ist die Stadt Hildesheim auf weitere medizinische Unterlagen und Auskünfte der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen angewiesen, auch soweit diese von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind.

In Kenntnis dessen willige ich ein, dass die Stadt Hildesheim bei den von mir im Antrag auf dem Zusatzblatt Gesundheit angegebenen oder aus den überlassenen Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden, Sozialleistungsträgern und sonstigen Stellen sowie Personen, die ich angegeben habe, medizinische Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über meinen derzeitigen Gesundheitszustand geben können. Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die genannten Ärztinnen/Ärzte und sonstigen schweigepflichtigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Widerspruchsverfahren.

Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung nachstehend vermerkt. Ich weiß, dass die Stadt Hildesheim dann nur nach Lage des Akteninhalts prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.

Meine Einwilligungserklärung beschränke ich wie folgt:

- in zeitlicher Hinsicht:
- auf bestimmte Ärzte und Einrichtungen:
- sonstiges:

Kenntnisnahme weiterer Informationen

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Stadt Hildesheim medizinische Daten, die bereits vorliegen oder die gemäß der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung ermittelt wurden, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit weitergeben darf. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf die Stadt Hildesheim diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Absatz 1 Nummer 1 und 2 i.V. m. § 76 Absatz 2 Nummer 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich einer solchen Weitergabe jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.

Sofern zur Erfüllung von Aufgaben der Eingliederungshilfe eine zusätzliche Untersuchung durch das zuständige **Gesundheitsamt des Landkreises Hildesheim** erforderlich ist, stimme ich mit dieser Erklärung einer Untersuchung und der Übersendung des Untersuchungsergebnisses durch das zuständige **Gesundheitsamt des Landkreises Hildesheim** gegenüber der

Stadt Hildesheim
Fachbereich Soziales und Senioren
Bereich 50.2 Teilhabe und Rehabilitation

zu.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Bitte vergessen Sie nicht, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterschreiben, damit die notwendige Sachverhaltsaufklärung durch die Stadt Hildesheim durchgeführt werden kann.

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift

Unterschrift der gesetzlichen
Vertretung

Schweigepflichtentbindung für Leistungserbringer

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Gesetzliche Vertretung: _____

Hiermit entbinde ich, _____, den Bereich Teilhabe und Rehabilitation der Stadt Hildesheim von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Leistungserbringern der Eingliederungshilfe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Bereich Teilhabe und Rehabilitation meine Daten an Leistungserbringer weitergeben darf, sofern diese zur Klärung meines Unterstützungsbedarfes im Rahmen der Eingliederungshilfe notwendig sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung freiwillig abgebe und diese jederzeit von mir widerrufen werden kann.

Meine Schweigepflichtentbindung möchte ich wie folgt beschränken:

in zeitlicher Hinsicht: _____

auf bestimmte Leistungserbringer: _____

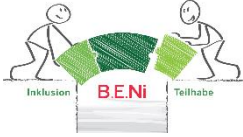
sonstiges: _____

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift

Unterschrift gesetzliche Vertretung



Merkblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO) F1

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Stadt Hildesheim
Fachbereich 50 Soziales und Senioren
Hannoversche Straße 6
31134 Hildesheim
Tel. 0049 5121 301-0
E-Mail: soziales@stadt-hildesheim.de

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

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 §§ 117 ff SGB IX i.V.m. §§ 67 ff SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der 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 (§§ 143 ff SGB IX).

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. Längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Den*die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter

datenschutz@stadt-hildesheim.de

bzw. postalisch unter

Stadt Hildesheim
Datenschutzbeauftragter
Markt 2
31134 Hildesheim

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen. Beschwerden richten Sie bitte an die/den Landesbeauftragte(n) für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, www.lfd.niedersachsen.de.