

Antrag auf Hilfe zur stationären Pflege nach dem SGB XII für

KREIS LIPPE
 Der Landrat
 Fachbereich Soziales
 Hilfe zur Pflege
 32754 Detmold

Herrn / Frau (Name, Vorname)

geboren am

Staatsangehörigkeit

ledig

verheiratet

Zusammenlebend in

eingetragener

eheähnlicher Gemeinschaft

Lebenspartnerschaft

getrennt lebend

seit (Jahr)

geschieden

verwitwet

Ich / die von mir betreute Person

befinde mich / befindet sich bereits in der nachstehenden **Einrichtung**

soll in nachstehender **Einrichtung** aufgenommen werden

Name der Einrichtung und Ort

Anschrift: letzter Wohnsitz bzw. Wohnsitz in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung

Für mich / für die von mir betreute Person beantrage ich folgende Leistungen in einer Einrichtung:

Grundsicherung, für ältere und dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen (§ 41 SGB XII)

Die Übernahme der nicht durch Einnahmen gedeckten Kosten der Einrichtung

für den Zeitraum der Kurzzeitpflege

für den Zeitraum der Verhinderungspflege

für den Zeitraum des Hospizaufenthaltes

ab dem

für vollstationäre Unterbringung in der **Einrichtung**

ab dem Tag der vollstationären Aufnahme

ab dem

Zur Wahrnehmung meiner Interessen ist bevollmächtigt

Vorname, Name und Anschrift der bevollmächtigten Person

Durch amtsgerichtlichen Beschluss wurde zur Betreuung bestellt

Vorname, Name und Anschrift des Betreuers / der Betreuerin

Monatlich wiederkehrende und sonstige Einnahmen (Beträge)

| | Leistungsnachfragende/r | Ehegatte/Lebenspartner |
|---|---|---|
| EU- / Altersrente | € | € |
| Witwen- / Witwerrente | € | € |
| VBL-Rente | € | € |
| Rente(n) nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) | € | € |
| Werks- / Betriebs- / sonstige Zusatzrente(n) | € | € |
| Grundsicherungsleistung von der Stadt/Gemeinde | € | € |
| sonstige private Rente(n) | € | € |
| sonstige Einnahmen (z. B. Kindergeld / Krankengeld, etc.) | € | € |
| Leistungen nach § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) | € | € |
| <u>Einnahmen aus beamtenrechtlichem Verhältnis</u> | | |
| Ruhegehalt (Pension), Witwengeld | € | € |
| Es besteht Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

An verwertbarem Vermögen besitze / besitzt

ich / die von mir betreute Person derzeit insgesamt €

ich / die betreute Person zus. mit dem Ehegatten/Lebenspartner/Lebensgefährten €

Die Anlage "**Erklärung zum Sparvermögen und sonstigen Vermögenswerten**" wurde vollständig ausgefüllt, die entsprechenden Nachweise beigelegt und **für jede Bank / Sparkasse und jedes Konto eine individuelle Befreiung vom Bankgeheimnis ausgefüllt.**

Schenkungen / Vermögensübertragungen

durch Antragsteller / Betreuten erfolgten nicht erfolgten

durch Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner erfolgten nicht erfolgten

Zur vorgenommenen Schenkung / Vermögensübertragung bzw. zu den vorgenommenen Schenkungen / Vermögensübertragungen wurde auf einem Extrablatt eine Erklärung abgegeben und der / die Beschenkte(n) / Übertragungsnahmer wurden mit Name(n), Anschrift und der Art des geschenkten / übertragenen Vermögenswertes benannt.

Mir / der von mir betreuten Person wurde vertraglich zugesichert

ein Altenteilsrecht ja nein

ein Recht auf Hege und Pflege ja nein

ein Wohnung-/Wohnrecht ja nein

Recht auf _____ ja nein

Vollständiger Name und die Anschrift desjenigen, der die vertragliche Leistung zu gewähren hat

Andere / weitere vorrangige Ansprüche

(z. B. als Kriegsbeschädigter / Kriegshinterbliebene(r) / Opfer einer Gewalttat / Impfgeschädigte(r))

bestehen nicht bestehen gegen

Vollständige Bezeichnung und die Anschrift des vorrangigen Leistungsträgers

Ich bzw. die von mir betreute Person (evtl. Ehegatte / eingetr. Lebenspart.) besitze / besitzt

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ein Zwei- / Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> eine Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> sonstiges Eigentum: | _____ | |

Kapitalbildende Versicherungen wie Lebens- / Renten- / Sterbegeldversicherungen

| | |
|--|--|
| sind bei mir bzw. bei der von mir betreuten Person | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| sind beim Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner / Lebensgefährten | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| | <input type="checkbox"/> vorhanden |

Genauere Angaben dazu wurden in der "**Erklärung zum Sparvermögen und sonstigen Vermögenswerten**" gemacht. Die entsprechenden Nachweise, insbesondere jedoch ein Nachweis zum aktuellen / zu den aktuellen **Rückkaufwert(en)** der Versicherung(en) ist / sind beigefügt.

Ich bzw. die von mir betreute Person (und evtl. Ehegatte/Lebenspartner/Lebensgefährte)

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| wohne / wohnt | <input type="checkbox"/> zur Untermiete | monatl. Grundmiete _____ |
| | <input type="checkbox"/> zur Miete | |
| Heizkosten | monatliche Vorauszahlung | _____ |
| Umlagefähige Nebenkosten | monatliche Vorauszahlung | _____ |
| Das Untermietverhältnis / Mietverhältnis | <input type="checkbox"/> ist gekündigt zum | _____ |
| | <input type="checkbox"/> wird gekündigt zum | _____ |

Für den Zeitraum der Kündigungsfrist

wird für bis zu 3 Monate die Berücksichtigung der noch zu zahlenden Miete (nur Grundmiete plus umlagefähige Nebenkosten) als zusätzlicher Bedarf beantragt.

Leistungen aus der gesetzlichen / privaten Pflegeversicherung

| | | |
|---|--|---|
| Ich / die von mir betreute Person ist | <input type="checkbox"/> nicht pflegeversichert | |
| | <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert | |
| | <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert | |
| Name und Adresse der Pflegeversicherung | | |
| Leistungen im häuslichen Bereich wurden | <input type="checkbox"/> bereits erbracht Pflegegrad _____ | |
| | <input type="checkbox"/> von der Pflegekasse noch nicht erbracht | |
| Ein Antrag auf Leistungen für die vollstationäre Heimunterbringung wurde | <input type="checkbox"/> noch nicht gestellt <input type="checkbox"/> bereits gestellt | |
| | <input type="checkbox"/> von der Pflegekasse schon beschieden | |
| Bei Personen, die am 31.12.2016 bereits dauerhaft stationär versorgt wurden | Besitzstands Zahlungen der Pflegekasse in Höhe von monatlich: _____ | |
| Zuerkannter Pflegegrad (Da nicht mindestens der Pflegegrad "3" zuerkannt wurde, mit Gutachten des MDK in Kopie) | <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| | <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor | <input type="checkbox"/> ist in Kopie beigefügt |
| Der Bescheid der Pflegekasse | <input type="checkbox"/> wird, sobald er vorliegt, nachgereicht | |

Weitere private Zusatzvorsorge wurde

für den Pflegefall nicht getroffen getroffen (s. Vertragskopie)

Wenn Zusatzvorsorge getroffen wurde, welche?

- zusätzliche Leistungen zur Deckung der Pflegekosten
 eine Pflegerente ein Pflegetagegeld

In Höhe von monatlich

Ehegatte / eingetragener Lebenspartner / Lebensgefährte

Vorname, Name des Ehegatten / Lebenspartners / Lebensgefährten

Geburtsdatum

Vorname, Name des **getrennt** lebenden / **geschiedenen** Eheg. / **ehem.** Lebensp.

Geburtsdatum

Anschrift des getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. ehemals eingetragenen Lebenspartners

Angehörige (Eltern; leibliche oder adoptierte Kinder)

| | | | |
|---------------|--------------|----------------------------------|-----------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit | Anschrift |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit | Anschrift |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit | Anschrift |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit | Anschrift |

Weitere Angehörige sind auf dem beigefügten Extrablatt eingetragen.

Zur Übernahme der nicht gedeckten Kosten für den vollstation. Heimaufenthalt wird auch beantragt:

- Die Weiterzahlung des monatl. Krankenversicherungsbeitrages (da freiwilliges Mitglied in der gesetzl. KV)
 Die Anmeldung bei einer Krankenversicherung im Sinne des § 264 SGB V (da nie versichert gewesen)

Dem Antrag sind beigefügt: Unterlagen zu allen Angaben, die Nachweise erfordern

wie Scheidungsunterlagen, Unterlagen zum Versorgungsausgleich; Betreuungsurkunde; Bevollmächtigung; **alle** Einkommensunterlagen; Kopien der Girokontoauszüge der letzten 4 Monate; Vermögensunterlagen der letzten 10 Jahre vor Antragstellung oder Eintritt des Hilfebedarfs, Versicherungsunterlagen usw., eine Kopie des Schwerbehindertenausweises (da ein GdB von 100 bzw. ein GdB < 100 mit Merkmal G festgestellt) und da ein Pflegegrad unter "3" zuerkannt wurde, eine Kopie des **Gutachtens** des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen (MDK).

Der/die Unterzeichner versichert/versichern, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden und dass bekannt ist, dass bei unwahren oder bewusst unvollständigen Angaben eine Strafverfolgung möglich ist sowie **zu Unrecht bezogene Sozialhilfeleistungen zurück zu zahlen sind.**

Zur Speicherung und Verarbeitung der im Antrag enthaltenen Daten wird das Einverständnis erteilt.

Hinweis gem. § 93 Abs. 9 Abgabenordnung (AO):

Zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen ist es dem Träger der Sozialhilfe möglich, gem. § 93 AO ein Kontenabrufersuchen beim Bundeszentralamt für Steuern zu veranlassen, soweit dies zur Überprüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich ist und ein vorheriges Auskunftersuchen an den Betroffenen nicht zum Ziel geführt hat oder keinen Erfolg verspricht.

| | | |
|------------|--------------|---|
| Antragsort | Antragsdatum | Unterschrift: Antragsteller(in), Ehegatte bzw. Lebenspartner Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) |
|------------|--------------|---|

Anlage zum Antrag auf Hilfe zur stationären Pflege nach dem SGB XII

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

auf die nachstehend beschriebenen Leistungen haben Sie einen Rechtsanspruch, wenn die Voraussetzungen für deren Gewährung vorliegen. Damit Ihnen die beantragte(n) Leistung(en) nach dem Dritten bis Siebten Kapitel des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch -SGB XII- gewährt werden kann/können, werden Sie gebeten, **zu jedem Antragspunkt Ihre Angaben zu machen** und Ihren Angaben unbedingt, soweit erforderlich, die entsprechenden **Nachweise** hinzuzufügen.

Leistungsbereich: Hilfe bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung

Grundsatz: Hilfe bei Pflege in Einrichtungen wird nur nachrangig gewährt. Auch die Gewährung dieser Leistung ist abhängig vom Einsatz des Einkommens und Vermögens sowie der Realisierung von vorrangigen Ansprüchen.

Das heißt, dass vor der Beantragung dieser Leistung **alle Möglichkeiten** auszuschöpfen sind, die helfen können, einen Sozialhilfebezug abzuwenden. Dazu gehört neben dem Einsatz **aller Einnahmen** und des **gesamten Vermögens**, soweit dieses den **Schonbetrag** von 10.000 € bzw. 20.000 € übersteigt, auch die Inanspruchnahme aller **vorrangig Verpflichteten**. Das können sein, die Pflegeversicherung, vertraglich Verpflichtete, Dritte gegen die Ansprüche bestehen oder auch unterhaltspflichtige Angehörige. Ist **Haus- bzw. Wohneigentum** vorhanden, so ist dieses dann **zu verwerten**, wenn nicht der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner im häuslichen Bereich verbleibt **und** das Haus- bzw. Wohneigentum im Sinne der sozialhilferechtlichen Vorschriften als **geschützt** anzusehen ist. **Vorrang hat also immer die Selbsthilfe !**

Sozialhilfe wird nur bei vorliegendem Bedarf gewährt.

Nur wenn weder Sie noch Dritte die Kosten der Einrichtung decken bzw. decken können, kommen Leistungen aus der Sozialhilfe in Betracht.

Wurden jedoch bereits Zahlungen durch Sie, durch Verwandte oder auch Bekannte an den Heimträger geleistet, obwohl dazu (sozialhilferechtlich) keine Verpflichtung bestand, dann erhalten Sie diese Ausgaben aus Sozialhilfemitteln **nicht erstattet**. Das gilt auch, wenn Sie das Ihnen zustehende Schonvermögen mit zur Begleichung der in der Einrichtung angefallenen Kosten verwendet haben, auch dann gibt es **keine Erstattung** aus Sozialhilfemitteln.

Sozialhilfe wird nur ab dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Bedürftigkeit gewährt.

Eine Leistungsgewährung setzt das Bekanntwerden der Notlage voraus (entweder bei mir oder meinen Delegationsnehmern, den Städten und Gemeinden im Kreisgebiet).

Informationen zum Pflegegrad

Sie leben bereits in einer Einrichtung, haben **mindestens den Pflegegrad 2** und Ihre **Eigenmittel** (Einnahmen, Vermögen, plus evtl. die Pflegegeldpauschale) reichen nicht mehr aus, um die dort anfallenden Kosten decken zu können, dann

- stellen Sie bitte umgehend **den Grundantrag** auf Leistungen in Einrichtungen nach dem SGB XII.

Wurde Ihnen **nicht mindestens der Pflegegrad 2** zuerkannt, dann

- stellen Sie bitte umgehend bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Zahlung der Pflegepauschale und gleichzeitig **den Grundantrag** auf Leistungen in Einrichtungen nach dem SGB XII.

Befinden Sie sich noch **im häuslichen Bereich** und sind der Meinung, dass ihre pflegerische Versorgung weder durch Angehörige, Bekannte und / oder durch einen ambulanten Pflegedienst sicher gestellt werden kann und Sie beabsichtigen deshalb, sich in eine Pflegeeinrichtung zu begeben, die **vollstationäre Leistungen** anbietet,

- dann stellen Sie bitte ebenfalls umgehend einen Antrag auf Zahlung der Pflegepauschale bei Ihrer Pflegekasse (sind Sie noch nicht begutachtet worden, dann sollte die durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen -MDK- durchzuführende Begutachtung **vor der Heimaufnahme** stattfinden)
- und stellen **gleichzeitig den Grundantrag** auf Leistungen in Einrichtungen nach dem SGB XII, **wenn Ihre Eigenmittel nicht ausreichen**, um die Kosten der Einrichtung decken zu können.

Heimbetreuungsbedürftigkeit

Hat Ihnen die Pflegekasse aufgrund des Gutachtens des MDK **nicht mindestens den Pflegegrad 2** zuerkannt, dann ist eine Beteiligung an den Kosten Ihres Pflegebedarfs nicht vorgesehen. Wenn von der Pflegekasse **nicht mindestens der Pflegegrad 3** zuerkannt wird, ist zunächst von hier zu prüfen, ob zur Deckung des erforderlichen Bedarfs eine Leistung als **ambulante, teilstationäre oder stationäre Leistung** zu erbringen ist. Eine Übernahme der nicht gedeckten Kosten in der vollstationären Einrichtung kann nur dann erfolgen, wenn auch **Heimbetreuungsbedürftigkeit** gegeben ist.

Haben Sie sich schon **vor der Begutachtung** in eine Einrichtung aufnehmen lassen und ergeben meine Ermittlungen, dass Sie **nicht heimbetreuungsbedürftig** sind, dann haben Sie möglicherweise die Kosten für den Einrichtungsaufenthalt selbst zu zahlen bzw., wenn Sie finanziell dazu nicht in der Lage sind, die Einrichtung wieder zu verlassen, um in den häuslichen Bereich zurückzukehren. **Um Sie davor zu bewahren, soll die Begutachtung vor der Heimaufnahme stattfinden, der Heimplatz sollte noch nicht in Anspruch genommen und auch Ihre Wohnung noch nicht voreilig aufgegeben werden!**

Beachten Sie bitte diese Hinweise,

denn sie sollen Ihnen helfen, einen **finanziellen Schaden** durch übereiltes Handeln zu vermeiden.

Da in einem solchen Hinweisblatt nicht auf alle möglichen Notsituationen eingegangen werden kann, wird Ihnen empfohlen, sich **vor der Beantragung von Leistungen** persönlich beraten zu lassen. Rufen Sie dazu die Nummer **(0 52 31) 62 0** an und nennen der Vermittlung Ihren Namen (bzw. als Betreuer den Namen der Person, die einer Leistung bedarf); man wird Sie dann gerne mit der zuständigen Sachbearbeiterin / dem zuständigen Sachbearbeiter im Fachdienst Soziales verbinden.

Diese Empfehlung gilt insbesondere auch für den Fall, dass Sie Haus und / oder Grund oder eine Eigentumswohnung besitzen.

Erklärung zum Bar- und Sparvermögen sowie zu sonstigen Vermögenswerten

Name, Vorname der leistungsnachfragenden Person

Mir/uns ist bekannt bzw. als Betreuer(in) ist mir bekannt, dass die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII vom Einsatz des Einkommens und des **verwertbaren Vermögens** abhängig ist und dass ich **verpflichtet** bin, meine / die Vermögensverhältnisse der von mir betreuten Person (und evtl. des nicht getrennt lebenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners) **vollständig** offen zu legen. Zur Vermögensübertragung **innerhalb der letzten 10 Jahre** vor Eintritt der erstmaligen Sozialhilfebedürftigkeit wurde auf der Rückseite (auf dem Beiblatt) eine erläuternde Erklärung abgegeben. Für die **länger als 10 Jahre** zurückliegende Übertragung von Grundvermögen wurde nur eine Kopie des Übergabevertrages beigelegt.

Ich / wir verfüge(n) / die von mir betreute Person (ggf. zusammen mit dem Ehe- bzw. Lebenspartner) verfügt über folgendes Vermögen:

| | | |
|---|-----------------|---|
| Barvermögen | | € |
| Guthaben auf dem Girokonto / den Girokonten | | € |
| Sparguthaben bei der | | € |
| Sparguthaben bei der | | € |
| Bausparguthaben bei der | | € |
| Wertpapierbesitz bei der | aktueller Wert | € |
| Haus- und Grundbesitz in | Verkehrswert | € |
| ein Kraftfahrzeug mit dem Kennzeichen | Zeitwert d. Kfz | € |

Kapitalbildende Versicherungen

(bitte evtl. vorh. Versicherung ankreuzen)

| | | | |
|--------------------------|---------------------------|---------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sterbegeldversicherung | Rückkaufswert | € |
| <input type="checkbox"/> | Kapitallebensversicherung | Rückkaufswert | € |

Zweckgebundene Vorsorgeverträge

(bitte evtl. vorh. Vertrag ankreuzen)

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Bestattungsvorsorgevertrag | Vertragswert | € |
| <input type="checkbox"/> | Dauergrabpflegevertrag | Vertragswert | € |

Weiteres Vermögen

ist **nicht** vorhanden **ist vorhanden** (s. dazu die Rückseite bzw. das Extrablatt)

Ich versichere, wir versichern, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht worden sind. Es ist mir/uns bekannt, dass bei unvollständigen oder unwahren Angaben eine strafrechtliche Verfolgung möglich ist (§ 263 Strafgesetzbuch -StGB-) und dass zu Unrecht gewährte Sozialleistungen zu erstatten sind (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch -Zehntes Buch- (SGB X) in Verbindung mit § 104 SGB XII).

NACHWEISE zu den Angaben sind beigelegt!

Ort, Datum

Unterschrift(en): Leistungsnachfragende(r) und ggf. Ehegatte bzw. Lebenspartner(in), Betreuer(in) oder Bevollmächtigte(r)

**Vollmachtserteilung
zur Vorlage beim Kreis Lippe - Fachbereich Soziales**

KREIS LIPPE
Der Landrat
Fachbereich Soziales
Hilfe zur Pflege
32754 Detmold

Vorname, Name Leistungsnachfragende(r)

Geburtsdatum

Anschrift

Da keine gerichtliche Betreuung bestellt wurde / wird, bevollmächtige ich

Herrn/ Frau **Vorname, Name**

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

für mich beim Kreis Lippe - Fachdienst Soziales und Integration
folgenden Antrag (nur die angekreuzte Antragsart gilt) zu stellen,

- Übernahme/Gewährung von Leistungen im Rahmen der **häuslichen Pflege**
- Übernahme/Gewährung von Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege **in Einrichtungen**

die Entscheidung über den gestellten Antrag entgegen zu nehmen und, falls erforderlich, in meinem Namen, **meine Rechte** gegen die getroffene Entscheidung des Kreises Lippe wahrzunehmen.

Ort, Datum

Vollständige Unterschrift der leistungsnachfragenden Person

VERMIETERBESCHEINIGUNG

KREIS LIPPE
Der Landrat
Fachbereich Soziales
Hilfe zur Pflege
32754 Detmold

zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

Name / Vorname Mieter,-in:

Anschrift:

Die Mietwohnung wird

alleine bewohnt

mit noch weiteren Person(en) bewohnt

Die Wohnfläche beträgt: qm

Die monatliche Gesamtmiete setzt sich zusammen aus

der Grundmiete von

€

den Nebenkosten von

€

den Heizkosten von

€

Monatliche Gesamtmiete seit dem

:

€

Name und Anschrift Vermieter(in)

Ort, Datum

Unterschrift Vermieter(in)

Auskunft zur Zahlung von Wohngeld durch den / die Leistungsnachfragende(n)

Erhalten Sie lfd. monatliche Wohngeldzahlungen? (Wenn ja, Bescheid beifügen)

Nein

Ja, und zwar

€

**Informationen zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten
nach Art. 13, 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) – Stand: 03/2021**

- **Verantwortlich für die Datenerhebung ist:**

Kreis Lippe, Der Landrat, Felix-Fechenbach-Str. 5, 32756 Detmold

- **Zweck der Datenverarbeitung**

Die personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Feststellung und Berechnung des Anspruches auf **Zahlung von Pflegewohngeld** und / oder **Hilfen nach den Bestimmungen des SGB XII zur Finanzierung anfallender Heimkosten - stationär** - und der entsprechenden Zahlbarmachung erhoben und verarbeitet.

- **Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Sozialgesetzbücher I bis XII (SGB I – XII), Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BstatG), Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) und Durchführungsverordnung (APG-DVO NRW), Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

- **Empfänger der Daten**

Kreis Lippe, Fachdienst Soziales und Integration,

die Gemeinschaft für Kommunikationstechnik, Informations- und Datenverarbeitung (GKD) Paderborn und das Kommunale Rechenzentrum als datenverarbeitende Stellen und

das Bundesamt für Statistik

Im Rahmen der Antragsbearbeitung ist der Sozialleistungsträger berechtigt, bei anderen Trägern sozialer Leistungen (z.B. Pflegekasse, Krankenkasse, Jobcenter, Kindergeldkasse, Rententräger etc.) Angaben zu überprüfen oder einzuholen sowie die leistungserbringenden Träger und Institutionen (z.B. Alten- und Pflegeeinrichtungen) zu informieren und mit diesen in Kontakt bezgl. der Antragsbearbeitung zu treten.

- **Dauer der Datenspeicherung**

Die Dauer der Datenspeicherung richtet sich nach den Empfehlungen der kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement bzw. solange es für den dienstlichen Zweck erforderlich ist

- **Ihre Rechte:**

- **Auskunft** über die erhobenen Daten, sofern Ihr Ersuchen hinreichend präzise ist
- **Berichtigung** unrichtiger oder unrichtig gewordener Daten
- **Löschung** („Recht auf Vergessen werden“)
- **Einschränkung** der Verarbeitung
- **Widerspruch** gegen die Verarbeitung
- **Beschwerde** bei der Aufsichtsbehörde:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (LDI NRW)
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel. 0211/38424-0, Fax: 0211-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de; Internet: www.ldi.nrw.de

- **Kontaktdaten behördlicher Datenschutzbeauftragter**

E-Mail: datenschutz@kreis-lippe.de; Tel. 05231-624860, Fax:05231-630118347