



KREIS
LIPPE

Heimat geben. Zukunft bieten.

Antrag auf Leistungen der Hilfe zur häuslichen Pflege nach dem SGB XII

Stand 03/2021

KREIS LIPPE

Der Landrat
Fachdienst Soziales und Integration
32754 Detmold

Ich beantrage die Übernahme der ungedeckten Kosten für die Hilfe zur häuslichen Pflege

für mich _____ für die von mir betreute Person _____

1. Persönliche Daten der leistungsnachfragenden Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Wohnanschrift

Telefon:

Familienstand

ledig verheiratet in Lebenspartnerschaft / eheähnlicher Gemeinschaft lebend verwitwet seit _____

getrennt lebend seit _____ geschieden seit _____

Ehegatte bzw. Lebenspartner (Vorname, Name)

Anschrift des getrennt lebenden / geschieden. Ehegatten

2. Übernahme der ungedeckten Kosten für die Hilfe zur häuslichen Pflege

für einen **ambulanten Pflegedienst** in einer **ambulant betreuten Wohngruppe**

Name vom Pflegedienst

Name der Wohngruppe

Pflegegeld

Kosten für eine Haushaltshilfe

Pflegehilfsmittel, genaue Bezeichnung _____

Entlastungsbetrag _____

3. Durch Leistungsnachfragende(n) bevollmächtigte Person

Herr / Frau (Vorname, Name) _____

Anschrift _____

Telefon _____

4. Durch amtsgerichtlichen Beschluss bestellte Betreuungsperson

Herr / Frau (Vorname, Name) _____

Anschrift: _____

Telefon _____

5. Monatlich wiederkehrende und sonstige Einnahmen

Einnahmen	Leistungsnachfragende(r)	Ehegatte/Lebenspartner
EU- / Altersrente	€	€
Witwen- / Witwerrente	€	€
VBL-Rente	€	€
Rente(n) nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	€	€
Werks- / Betriebs- / sonstige Zusatzrente(n)	€	€
Ausländische Renten	€	€
Grundsicherungsleistung von der Stadt/Gemeinde	€	€
sonstige private Rente(n)	€	€
sonstige Einnahmen (z. B. Kindergeld / Krankengeld, etc.)	€	€
Leistungen nach § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag)	€	€

Einnahmen aus beamtenrechtlichem Verhältnis	Leistungsnachfragende(r)	Ehegatte/Lebenspartner
Ruhegehalt (Pension), Witwengeld	€	€
Es besteht Beihilfeberechtigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

6. Vermögensverhältnisse zum Zeitpunkt der Antragstellung

Dazu habe ich bzw. ich für die betreute Person die zum Antrag gehörende Anlage "Erklärung zum Bar- und Sparvermögen..." ausgefüllt.

7. Übertragung / Schenkung von Vermögen

Ich habe / die von mir betreute Person hat innerhalb **der letzten 10 Jahre vor Antragstellung**

KEIN Vermögen übertragen / verschenkt _____

Vermögen übertragen / verschenkt _____

Zur Übertragung / Schenkung habe ich auf der Rückseite der Anlage "Erklärung zum Bar- und Sparvermögen..." bzw. auf dem beigefügten Extrablatt eine Erklärung abgegeben.

8. Kapitalbildende Versicherungen

Dazu habe ich für mich / für die betreute Person auf der zum Antrag gehörenden Anlage "Erklärung zum Bar- und Sparvermögen..." Angaben gemacht.

9. Vertragliche Ansprüche auf unentgeltliche Leistungen / sonstige Ansprüche

bestehen nicht _____ bestehen auf: _____

freies Wohnrecht _____ Hege und Pflege _____ _____ gegen:

Herrn / Frau (Vorname, Name)

Anschrift

10. Haus- und Grundbesitz

Ich habe / die von mir betreute Person hat

kein Eigentum ein **Einfamilienhaus** eine **Eigentumswohnung**
 ein **Zwei- / Mehrfamilienhaus** **weiteren Grundbesitz** (ist auf zusätzlichem Blatt erläutert)

11. Mietverhältnis: Ich wohne / die von mir betreute Person wohnt

nicht zur Miete zur Miete zur Untermiete

Die monatliche Grundmiete beläuft sich auf €	Die monatlichen Heizkosten betragen €	In d. Heizkt. sind d. Kost. für die Warmwasserbereitung enthalten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Die sonstigen monatlichen Nebenkosten betragen €
Ein monatliches Wohngeld wird gezahlt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von €	Name des Vermieters / der Vermieterin und Anschrift		

12. Leistungen der Pflegeversicherung

Name der Pflegekasse

Anschrift der Pflegekasse

Der Antrag ist noch nicht gestellt **Der Antrag ist gestellt**, ein Bescheid liegt aber noch nicht vor
 Ein Bescheid liegt vor

Die Pflegekasse zahlt im **häuslichen** Bereich:

keine Leistung Leistungen des **Pflegegrades** 1 2 3 4 5

13. Eine private Pflegezusatzversicherung

wurde **nicht** abgeschlossen wurde **abgeschlossen** bei der

14. Im Krieg gefallene(r) bzw. an Kriegsschädigungsfolgen verstorbene(r) Angehörige(r)

Name, Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsnachfragenden Person:

15. Angehörige (Eltern; Kinder) der leistungsnachfragenden Person

keine angehörige Person vorhanden **es ist / sind folgende angehörige Person(en) vorhanden:**

Herr / Frau	Geburtsdatum	z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit	Anschrift

Herr / Frau	Geburtsdatum	z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit	Anschrift
-------------	--------------	----------------------------------	-----------

► Weitere **Familienangehörige** sind auf einem zusätzlichen Blatt angegeben.

16. Freiwillige monatliche Unterhaltszahlungen

<input type="checkbox"/> erhalte ich nicht	<input type="checkbox"/> erhält die von mir betreute Person nicht
---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> erhalte ich von	<input type="checkbox"/> erhält die von mir betreute Person von
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

Herrn / Frau	Anschrift	Unterhaltsbetrag €
--------------	-----------	--------------------

Erklärung

Ich versichere, dass ich die in dem Antrag und den Anlagen geforderten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Die zu den Antragspunkten erforderlichen Nachweise habe ich dem Antrag hinzugefügt. Mir ist bekannt, dass zur Gewährung von Sozialleistungen alle Tatsachen anzugeben sind, die für eine Entscheidung über den Antrag erheblich sind und ich bin mir bewusst, dass ich mich durch unwahre oder bewusst unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze. Ebenso weiß ich, dass zu Unrecht bezogene Sozialleistungen zurückzuzahlen sind.

Einverständnis zur Speicherung der angegebenen Daten

Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Daten aufgrund der Bestimmungen des SGB XII zu erheben und zur rechtmäßigen Erfüllung Ihrer Aufgaben erforderlich sind. Einer **Verarbeitung und Speicherung der Daten** stimme ich deshalb unter der Voraussetzung, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden, zu.

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

Zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen ist es dem Träger der Sozialhilfe möglich, gem. § 93 AO ein Kontenabruferersuchen 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.

Ort	Datum	<u>Vollständige Unterschrift(en) Leistungsnachfragende(r) und Ehegatte bzw. Lebenspartner(in), Betreuer(in) oder Bevollmächtigte(r)</u>
-----	-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nachweise zu den erteilten Angaben:

- zu 1. Kopie vom **Scheidungsurteil** und Kopie vom Urteil zum **Versorgungsausgleich**
- zu 3. Original der **Bevollmächtigung** für die Person, die befugt ist mich zu vertreten
- zu 4. Kopie der **Betreuungsurkunde** der gerichtlich bestellten Betreuungsperson
- zu 5. Kopien des **Rentenerstbescheides** und der **aktuellen Rentenbescheide** und Kopien von Belegen über sonstige Einnahmen
- zu 6. die Anlage und Belege zum **vorhandenen Vermögen** und **evtl. verschenktem Vermögen** (Kopien der Girokontoauszüge **der letzten 4 Monate**, Kopien des Sparbuches/der Sparbücher -auch der entwerteten - **der letzten 10 Jahre** usw.)
- zu 7. Angabe des Zeitpunkt./des Betrages/der Beträge u. Name(n) **des/der Beschenkten** (auf gesondert. Blatt)
- zu 8. die Anlage mit Kopien des jew. **kapitalbild. Versicherungsvertrages** (mit aktuellem(n) **Rückkaufwert(en)**)
- zu 9. Kopien über **vertragliche Ansprüche** (Grundstücksübergabevertrag, sonstiger Vertrag - usw.)
- zu 10. Kopien zum eigenen **Grundbesitz/der Eigentumswohnung** (Grundbuchauszug)
- zu 11. Kopien vom **Wohngeldbescheid**
- zu 12. Kopie des **Bescheides der Pflegekasse** und das **Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**
- zu 13. Kopie des Vertrages über die abgeschlossene **private Pflegezusatzversicherung**
- zu 16. Kopien der Belege (die letzten 4) über die **Unterhaltszahlungen**, die **freiwillig** geleistet wurden
- und Kopien beider Seiten des **Schwerbehindertenausweises**

VERMIETERBESCHEINIGUNG

zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

KREIS LIPPE
Der Landrat

Fachdienst Soziales und Integration

32754 Detmold

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

€

Befreiung vom Bankgeheimnis

KREIS LIPPE

Der Landrat
 Fachdienst Soziales und Integration
 32754 Detmold

Name, Vorname (Konto- / Konteninhaber(in))

geboren am

Staatsangehörigkeit

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Vorname, Name der Person (wenn nicht gerichtlich zur Betreuung bestellt), die zur Abgabe der Erklärung berechtigt ist

Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Konto- / Konteninhaber(in)

Ich ermächtige und beauftrage für mich / meine(n) Angehörige(n) bzw. für die von mir betreute Person

die nachstehend bezeichnete Bank / Sparkasse zur Kontenklärung und damit unter Befreiung von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen dem Kreis Lippe -Der Landrat- Fachdienst Soziales u. Integration, 32754 Detmold, Auskünfte über den letzten Kontostand und über Kontobewegungen für jedes meiner / jedes der dort geführten Konten bis zu 10 Jahre vor dem Ausstellungstag dieser Befreiungserklärung zu erteilen. Das soll auch für die Konten gelten, die innerhalb dieses Zeitraumes bereits aufgelöst wurden. Für die Erteilung der Auskünfte wird Kostenbefreiung nach § 64 Abs. 2 S. 1 SGB X beantragt.

Name meiner / der Bank / der Sparkasse

Bankleitzahl

Anschrift meiner / der Bank / der Sparkasse

Bei dem angegebenen Institut geführte(s) Konto / Konten

- Art des Kontos
- Girokonto
 - Postbankgirokonto
 - Bausparkonto
 - Sparkonto
 - Postbanksparkonto
 - Wertpapierdepot

Kontonr. / IBAN

Der/die Unterzeichner versichert/versichern, dass die Angaben zur Person des Kontoinhabers und zu dem Konto / den Konten wahrheitgemäß gemacht wurden und dass die **gesetzlichen Bestimmungen**, die auf der Seite 2 abgedruckt sind, **beachtet** wurden.

Ausstellungsort

Ausstellungsdatum

Unterschrift: Konto- / Konteninhaber(in)
 Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) mit Urkunde / Vollmacht

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I (SGB) - Allgemeiner Teil - Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015) in der derzeit geltenden Fassung

Dritter Abschnitt; Dritter Titel: -Mitwirkung des Leistungsberechtigten-

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen **beantragt oder erhält**, hat
 1. **alle Tatsachen** anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und **auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen**.
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
 3. Beweismittel zu bezeichnen und **auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweiskunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen**.
- (2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 SGB I **nicht** nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und er seinen Mitwirkungspflichten nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 263 Betrug

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen **rechtswidrigen Vermögensvorteil** zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der **Versuch** ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.
- (4) § 243 Abs. 2 StGB sowie die §§ 247 und 248 a StGB gelten entsprechend.
- (5) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2 StGB).

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)

**Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht sowie
datenschutzrechtliche Einwilligung**

KREIS LIPPE
Der Landrat

Fachbereich Soziales
Hilfe zur Pflege

32756 Detmold

Vorname, Name Leistungsbeantragende(r) / -berechtigte(r)

Geburtsdatum

Vertreten durch (Vorname, Name)

Anschrift des / der Vertretenden

eigene Anschrift Leistungsbeantragende(r) / -berechtigte(r)

Ich stimme folgenden Auskünften, Einsichtnahmen und Herausgabe von Unterlagen zu:

- Erteilung von ärztlichen Auskünften, Vorlage ärztlicher Unterlagen
- Einsichtnahme in die pflegerelevanten Aufzeichnungen (Pflegedokumentation) der stationären Pflegeeinrichtung bzw. des ambulanten Dienstes sowie die Übergabe von Ausdrucken und Fertigen von Kopien

Diese Zustimmung und Einwilligung erfolgt gegenüber der nach- genannten Behörde, soweit diese zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialhilfe erforderlich sind.

KREIS LIPPE - Der Landrat - Fachbereich Soziales – Hilfe zur Pflege

Diese Erklärung gilt zugleich auch als **datenschutzrechtliche** Einwilligung.

Ort, Datum

Vollständige Unterschrift Leistungsnachfragende(r) / -berechtigte(r)
oder Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r)
mit beigelegter Urkunde / schriftlicher Vollmacht

Vollmachtserteilung
zur Vorlage beim Kreis Lippe - Fachdienst Soziales und Integration

KREIS LIPPE

Der Landrat

Fachdienst Soziales u. Integration

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

**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 **Hilfe zur Pflege – ambulant / Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes** - 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. ambulante Pflegedienste, Träger ambulanter Wohnformen) 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