

<u>Name, Vorname</u>
<u>Anschrift (aktueller Aufenthaltsort / Wohnort, besondere Wohnform, JVA ...)</u>
<u>Telefon – email-Adresse (* freiwillige Angabe):</u>
<u>ggfls. Gesetzliche Betreuung / Bevollmächtigung – Name, Anschrift, Telefonnummer:</u>

An das
 Amt für Soziale Dienste
 Fachdienst Teilhabe
 Hansator 11
 28217 Bremen



Hiermit beantrage ich Leistungen (bitte ankreuzen)

- zum behindertengerechten Umbau meiner Wohnung
- zur Unterstützung bei der Sozialen Teilhabe (z.B. Ambulante pädagogische Unterstützung oder die Leistung Persönliche Assistenz – individuelle Schwerstbehindertenbetreuung)
- zum Betreuten Wohnen
- in Besonderen Wohnformen (bisheriges Heimwohnen)
- als Besuchsbeihilfen, da ich in einer besonderen Wohnform lebe
- zur Betreuung in einer Pflegefamilie
- zum Besuch einer Tagesstätte
- zur Beschäftigungsorientierten sozialen Teilhabe
- Leistungen zur Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt Bremen
- Leistungen zur Beschäftigung im Arbeitsbereich eines anderen Leistungsanbieters
- Budget für Arbeit
- für eine (n) Gebärdendolmetscher/in
- zur Beförderung - Sonderfahrdienst
- für Hilfsmittel zur Sozialen Teilhabe
- zum Besuch einer Hochschule / Universität

Bei **anderen Leistungen** bitte auf der nächsten Seite den Antrag mit eigenen Worten beschreiben:

andere Leistungen

Bitte beschreiben Sie kurz, welche Unterstützung oder konkrete Wünsche (z.B. Leistungsanbieter) Sie beantragen möchten

1. Haben Sie Leistungen zur Teilhabe bei einem anderen Rehabilitationsträger beantragt?

nein

Ja

wann: _____

bei welchem Rehabilitationsträger: _____

2. Haben Sie früher schon einmal Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?

nein

Ja

bis wann: _____

von wem: _____

3. Wohnort und Aufenthalte des letzten Jahres vor Antragstellung, gegebenenfalls vor Aufnahme in der besonderen Wohnform (bisherige stationäre Einrichtung)

von	bis	Anschrift des Wohnortes / Aufenthaltsortes

4. Angaben zur Behinderung

4.1. Ursache der Behinderung

- angeboren durch Krankheit durch Arbeitsunfall/Berufskrankheit
 durch Dritte oder anderen Sachverhalt verursacht (z.B. durch Gewalttat nach Opferentschädigungsgesetz, Impfschaden, Unfall, mangelhafte ärztliche Behandlung)
 keine Verursachung durch Dritte

4.2. Schwerbehindertenausweis

- ja, Kopie ist beigefügt (in der Kopie können Daten geschwärzt werden)
 nein

4.3. Form der Behinderung

Nachfolgend sind Formen von Behinderung aufgeführt. Bitte ordnen Sie sich einer dieser Behinderungsformen zu. Durch diese Zuordnung wird festgelegt, welche Teilhabeplanung das Erstgespräch mit Ihnen führen wird.

Im Erstgespräch werden Sie über die Durchführung des Verfahrens und über den Schutz Ihrer Sozialdaten informiert.

Form der Behinderung

- geistige Beeinträchtigung
 körperliche Beeinträchtigung
 Sinnesbeeinträchtigung
 psychische Erkrankung
 Suchterkrankung (legale Suchtmittel)
 Suchterkrankung (illegale Suchtmittel)

 Autismus-Spektrum-Störung
 andere Beeinträchtigung

->vorgesehene Teilhabeplanung

- >Amt für Soziale Dienste – Fachdienst Teilhabe
 ->Amt für Soziale Dienste – Fachdienst Teilhabe
 ->Amt für Soziale Dienste – Fachdienst Teilhabe
 ->Gesundheitsamt und Gesundheit Nord gGmbH
 ->Gesundheitsamt und Gesundheit Nord gGmbH
 ->Gesundheitsamt und Comeback gGmbH oder
 ->Ambulante Suchthilfe Bremen gGmbH
 ->Amt für Soziale Dienste – Fachdienst Teilhabe
 ->Amt für Soziale Dienste – Fachdienst Teilhabe

Ist die vorgesehene Teilhabepanung das Gesundheitsamt / Gesundheit Nord gGmbH / comeback gGmbH oder Ambulante Suchthilfe Bremen gGmbH dann stimme ich zu, dass die Antragsunterlagen an diese Teilhabepanung weitergegeben werden.

Ich stimme auch zu, dass die vom Gesundheitsamt / Gesundheit Nord gGmbH / comeback gGmbH oder Ambulante Suchthilfe Bremen gGmbH erfassten Daten an das Amt für Soziale Dienste zur weiteren Antragsbearbeitung weitergegeben werden und entbinde die entsprechende Stelle von Ihrer Schweigepflicht, sofern dies zur Antragsbearbeitung erforderlich ist.

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift der gesetzlichen Betreuung/Bevollmächtigten

4.4. Haben Sie medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten? Wenn ja, bringen Sie diese bitte zum Erstgespräch mit. Sie können sie aber auch diesem Antrag beifügen.

beigelegt

nicht beigelegt

bringe ich mit

5. Weitere Angaben zur Person, Einkommen, Vermögen und anderen Sozialleistungen:

Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand (* freiwillige Angabe):	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsrechtlicher Status bei Ausländer/innen	
Schulabschluss (* freiwillige Angabe):	
Berufsausbildung (* freiwillige Angabe):	

5.1. aktuelle Wohnverhältnisse

allein lebend

mit Ehegatte/in - Partner/in

mit minderjährigem(n) Kind/ern

mit anderen Menschen

in einer besonderen Wohnform

5.2. Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Krankenkasse /Pflegekasse		
Versicherungsnummer		
<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
Werden Leistungen von der Pflegekasse gewährt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad : _____		

5.3. Finanzielle Situation:

Anlage Einkommen und Vermögen

<input type="checkbox"/> Anlage Einkommen und Vermögen ist beigefügt
--

Wenn Sie **eine der drei nachstehenden Auswahlmöglichkeiten ankreuzen können, müssen Sie die Anlage zu Einkommen und Vermögen nicht ausfüllen**

Ich beziehe

<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bzw. Sozialgeld vom Jobcenter nach dem SGB II
<input type="checkbox"/> Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt vom Amt für Soziale Dienste nach dem SGB XII
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe nach dem SGB XII vom Amt für Soziale Dienste

5.4. Weitere Ergänzungen zum Antrag (* freiwillige Angabe):

--

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellenden

Ort, Datum und Unterschrift der gesetzlichen Betreuung/Bevollmächtigten

Sozialdatenschutz

Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit e DSGVO i.V.m. §§ 67 ff. SGB X i.V.m. den Rechtsvorschriften zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß Teil 2 SGB IX (§§ 90-150 SGB IX).

Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Sie können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Weitere datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie auf dem beigefügten Informationsblatt nach Datenschutzgrundverordnung.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

Kopie vom Ausweis des gesetzlichen Betreuers / Vollmacht

Kopie Schwerbehindertenausweis

aktueller Bescheid Jobcenter oder Amt für Soziale Dienste

falls vorhanden, medizinische Berichte oder ärztliche Gutachten über Ihre Behinderung

Anlage Einkommen und Vermögen

Datenschutzhinweis nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Für die vorliegende Datenerhebung und -verarbeitung ist das Amt für Soziale Dienste Bremen verantwortlich.

Wir verarbeiten Ihre Daten, um Ihren Antrag in Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe bearbeiten zu können (Eingliederungshilfe nach den §§ 90 ff. SGB IX). Wir erheben grundsätzlich nur die Daten, die zur Aufgabenerfüllung zwingend erforderlich sind. Rechtsgrundlage im Bereich der Verarbeitung von Sozialdaten sind die §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch X und ansonsten die weiteren Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bzw. des Bremischen Ausführungsgesetzes zur Datenschutz-Grundverordnung (BremDSGVOAG).

Wir behandeln Ihre Daten vertraulich und geben diese nur dann weiter, wenn eine datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis besteht (z. B. kann es erforderlich sein, Daten an andere Behörden zu übermitteln – die Zulässigkeit prüfen wir jedoch vorab im Einzelfall unter Beachtung der Verschwiegenheitspflichten).

Wir löschen Ihre Daten, wenn diese zur Erfüllung der gesetzmäßigen Aufgabe nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen einer Löschung entgegenstehen.

Sie haben das Recht, der Datenverarbeitung zu widersprechen. Näheres erfahren Sie unter dem nachfolgenden Punkt „Rechte der betroffenen Person“.

Sofern die Angabe bestimmter personenbezogener Daten freiwillig ist, machen wir dies im Rahmen der Datenerhebung entsprechend kenntlich. Es sind keine negativen Konsequenzen mit der Nichtbereitstellung dieser freiwilligen Daten verbunden. Allerdings kann die Nichtbereitstellung im Einzelfall die nachfolgende Kommunikation erschweren bzw. verzögern.

Wenn Sie eine Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten abgeben, können Sie diese jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Rechte der betroffenen Person

Sie haben uns gegenüber ein Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung unrichtiger Daten und auf Löschung, sofern die in Art. 17 DSGVO genannten Voraussetzungen vorliegen. Es besteht zudem das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, wenn eine der in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen vorliegt und in den Fällen des Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Werden Daten auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO (Datenverarbeitung zur behördlichen Aufgabenerfüllung bzw. zum Schutz des öffentlichen Interesses) erhoben, steht Ihnen gem. Art. 21 DSGVO das Recht zu, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Widerspruch einzulegen. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, es liegen nachweisbar zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vor, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Im Bereich der Sozialdatenverarbeitung können die Rechte der betroffenen Person gem. § 84 SGX eingeschränkt sein.

Bitte richten Sie einen Widerspruch an:

Amt für Soziale Dienste Datenschutz,
OKZ 450-06 Breitenweg 29-33
28195 Bremen
datenschutz-buergerservice@afsd.bremen.de

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde:

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Das Beschwerderecht kann insbesondere bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend gemacht werden. Für das Bundesland Bremen ist die zuständige Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Arndtstraße 1
27570 Bremerhaven

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Sie können sich bei Fragen oder Beschwerden zum Thema Datenschutz auch jederzeit an den Datenschutzbeauftragten des Amtes für Soziale Dienste wenden:

Oliver Stutz
Behördlicher Datenschutzbeauftragter
datenschutz nord GmbH
Konsul-Smidt-Straße 88
28217 Bremen
Telefon: +49 (0)421 696 632 0
office@datenschutz-nord.de