

ЖЕЛАТЕЛЬНО ВО ИЗБЕЖАНИЕ ОШИБОК И НЕДОРОЖИМАНЧЫ, ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ!

Erstantrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Art der Hilfe

- Hilfe zum Lebensunterhalt Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe nach Kap. 5 - 9 SGB XII
 - Hilfe bei Krankheit
 - Hilfe zur Pflege
 - Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten

Ausgegeben am:

Eingang bei BMA am:

Nähere Begründung des Antrages/Ursache der Notlage

Flucht aus der Ukraine wegen des Kriegs

Der/Die Antragsteller/in ist

- Durch Kriegseinwirkung / durch Gewalttat / durch Impfschaden Beschädigte/r oder Hinterbliebene/r
- Ausländer/in (bitte Nachweis zum Aufenthaltsstatus beifügen)

Hinweis:

Um sachgerecht über den Antrag entscheiden zu können, benötigen wir Informationen und Nachweise. Wir bitten Sie, den Antrag sorgfältig auszufüllen und nicht Zutreffendes erkennbar zu streichen.

Sollten die Zeilen für Eintragungen nicht ausreichend sein, steht Ihnen auf Seite 11 unter Ziff. XIII. ein Ergänzungsfeld zur Verfügung. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

I. Persönliche Verhältnisse

↓ СУПРУГ ↓ ПАРТНЁР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЗАЯВИТЕЛЕЙ ДАЖНОЕ РОДИТЕЛЕЙ

	Antragsteller/in ЗАЯВИТЕЛЬ	Ehegatte/Lebenspartner	
		Bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden hier Angaben über die Eltern Vater ПАПА Mutter МАМА	
Name	ФАМИЛИЯ		
Geburtsname (falls abweichend)	ДЕВУЧЬЯ ФАМИЛИЯ		
Vorname	ИМЯ		
Geburtsdatum	ДАТА РОЖДЕНИЯ		
Geburtsort	МЕСТО РОЖДЕНИЯ		
PLZ	ИНДЕКС	ЗАЩ АКТУАЛЬНЫЙ АДРЕС	
Wohnort, Ortsteil	ГОРОД ESSLINGEN	В ГЕРМАНИИ	
Straße, Haus-Nr.	УЛИЦА НОМЕР ДОМА		
Telefon-Nr. (bitte angeben)	ТЕЛ		
E-Mail	ЭЛЕКТР. АДРЕС		
Girokonto-Nr. (IBAN)	НОМЕР СЧЕТА		
Kreditinstitut	НАЗВАНИЕ БАНКА		
Sparkonto-Nr. (IBAN)	/		
Kreditinstitut	/		
Familienstand	НЕ ЖЕНАТ ↓ ↓ ЖЕНАТ ↓ ВДОУЛА <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw.
	ЖИВЁМ ОТДЕЛЬНО С: (УКАЗАТЬ ГОД) РАЗВЕДЁН С: → (УКАЗАТЬ ГОД)	<input type="checkbox"/> getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> getr. lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:
Staatsangehörigkeit/en	ГРАЖДАНСТВО UKRAINE		
Bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status			

ОБЯЗАТЕЛЬНО!

31-300 (11/2021)

ЗАЯВИТЕЛЬ 2 СУПРУГ

	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner ggfs. Vater	ggfs. Mutter
arbeitsunfähig <i>in Rente</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
pflegebedürftig <i>нуждаюсь в уходе</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad <i>группа инвалидности</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G <i>инвалидность</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer <i>пенсионный номер, если есть</i>			
Betreuung Antragsteller/in	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen		
Name der Betreuungsperson	/		
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	/		
Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)	/		

II. Familienverhältnisse: Außer dem/der Antragsteller/in und seinem/ihrer Ehegatten leben noch in deren Haushalt: *кто еще живет вместе с заявителем и его супругой*

	1	2	3
Name <i>ФАМИЛИЯ</i>		<i>(это могут быть дети и др. родственники)</i>	
Geburtsname <i>ДЕВУЧЬЯ</i> (falls abweichend) <i>ФАМИЛИЯ</i>			
Vorname <i>ИМЯ</i>			
Geburtsdatum <i>ДАТА РОЖДЕНИЯ</i>			
Geburtsort <i>МЕСТО РОЖДЕНИЯ</i>			
Familienstand <i>СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ</i>			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragsteller/in <i>СТЕПЕНЬ РОДСТВА</i>		<i>SOHN (СЫН), TOCHTER (ДОЧЬ)</i>	
Beruf <i>ПРОФЕССИЯ</i>			
Arbeitgeber	/		
Bei Rentenbezug: Art der Rente	/		
Bei Schulbesuch (Klasse, Schulart)	/		
Spar- und Bankguthaben	/		
<i>СОБСТВЕННЫЙ ДОМ</i> Haus- und Grundbesitz - auch im Ausland	<i>ИЛИ КВАРТИРА В УКРАИНЕ</i>		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonst. Vermögenswerte (z. B. Aktien, Wertpapiere, Fonds, etc.)	/	EUR	EUR
Höhe des Einkommens (mtl.)	EUR mtl. <i>/</i>	EUR mtl.	EUR mtl.

ЕСЛИ НЕТ ДР. РОДСТВЕННИКОВ, ПЕРЕКРУЖИТЬ ПО ДИАГОНАЛИ!

если заявитель - приёмный ребёнок, или если в пункте II приёмный ребёнок

(если нет, то этот раздел перечеркнуть по диагонали)

Falls der/die Antragsteller/in ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Nr. II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

Name des Kindes <i>ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЁНКА</i>	
Name und Anschrift des Vaters <i>ФАМИЛИЯ, ИМЯ ПАПЫ</i>	<i>→</i>
der Mutter <i>МАМЫ</i>	<i>→</i>
Festgesetzter Unterhalt pro Monat	EUR mtl.
Unterhalt festgesetzt (Datum)	
Urteil, Anerkenntnis	
In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich mtl. geleistet?	EUR mtl.

III. Einkommensverhältnisse der Antragstellenden und der im Haushalt lebenden Personen
(Bitte Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte beifügen)

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antragsteller/in	Ehegatte / Lebenspartner	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 2 Nr. II)		
	EUR	EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR	zu Nr. 3 EUR
Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters (ALG II)	<i>если кто-то получает деньги от jobcenter, записать сюда сколько</i>				
Arbeitnehmerstätigkeit (Lohn, Gehalt)	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
Selbstständige Tätigkeit	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
Kindergeld	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
Wohngeld	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
Renten aus der Sozialversicherung					
<input type="checkbox"/> Altersruhegeld	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Knappschaftsrente	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Unfallrente	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input checked="" type="checkbox"/> ausländische Renten <i>пенсия УКРАИНЫ</i>	<i>УАН 2.800*</i>				
<input type="checkbox"/> Renten n. d. BVG; (z. B. Grundrente, Ausgleichsrente) falls ja, bitte Teil XI. ausfüllen	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Betriebsrenten	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Zusatzrenten	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>
<input type="checkbox"/> Private Renten	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>/</i>

* если нет доступа к пенсии, ниже пометить "NICHT VERFÜGBAR"

Art des monatlichen Nettoeinkommens	Antrag- steller/in	Ehegatte / Lebenspartner	Sonstige Haushaltsmitglieder (siehe Seite 2 Nr. II)		
	EUR	EUR	zu Nr. 1 EUR	zu Nr. 2 EUR.	zu Nr. 3 EUR
Lastenausgleich <input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe <input type="checkbox"/> Entschädigungsrente					
Krankenversicherung (Krankengeld)					
Miet-/Pachteinnahmen, Kapitalertrag					
Unterhaltszahlungen (von Angehörigen)					
Steuererstattungen					
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit					
Sonstige Einnahmen					

IV. Vom Einkommen absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII)

Art der Aufwendungen:	
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung / Glasbruch	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung (private)	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
<input type="checkbox"/> Beiträge zu Berufsverbänden (z. B. VDK, Gewerkschaften etc.)	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
Sonstiges	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR
	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl. EUR

V. Arbeitsverhältnisse – auch frühere – auch im Ausland/Arbeitslosigkeit/ Krankenversicherung

Tätigkeit - auch im Ausland	Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner
Dauer <i>in Rente</i>	vom bis	vom bis
Name und Anschrift des Arbeitgebers	<i>Rente</i>	<i>Rente</i>

Fahrtkosten zum Arbeitsplatz/Sonstige Aufwendungen

Fahrtkosten zur Arbeitsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln	EUR mtl.	EUR mtl.
PKW einfache Entfernung zw. Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Sonstiges		

Angaben bei Arbeitslosigkeit

Wurden bei der Agentur für Arbeit/beim Jobcenter Leistungen beantragt?

ja, bei der Agentur für Arbeit/beim Jobcenter in

Kunden-Nr./BG-Nr. der Agentur für Arbeit/des Jobcenters:

nein

Angaben zur Krankenversicherung/Pflegeversicherung (bitte Nachweise beifügen)

Derzeit Mitglied bei einer Krankenkasse? (genaue Anschrift)

nein ja, bei

Versicherungs-Nr.

Krankenversichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Rentenantragsteller/in Rentner/in
 Familienversichert bei

Monatsbeitrag in EUR

Derzeit Mitglied welcher Pflegekasse? (genaue Anschrift)

nein ja, bei

Versicherungs-Nr.

Monatsbeitrag in EUR

Familienversichert bei

Beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche bei

VI. Wohnverhältnisse – bitte Nachweise beifügen

Der/Die Antragsteller/in ist	
<input type="checkbox"/> Mieter/in	<i>wohnt in einer Flüchtlingsunterkunft</i>
<input type="checkbox"/> Untermieter/in bei	
Die Wohnung ist	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert
<input type="checkbox"/> Eigentümer/in eines/einer	
<input type="checkbox"/> Einfamilienhauses	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhauses <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung
Der/Die Antragsteller/in lebt mit anderen, als den in Teil II angegebenen Personen in Haushaltsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja, mit <i>еще зарплата живёт еще и с другими людьми вместе</i>
Den Mietvertrag haben abgeschlossen	
Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Mietschulden? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ EUR	
Wenn ja, wurde Räumungsklage eingereicht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Beschaffenheit der Wohnung -

die (ausschließlich zu Wohnzwecken) genutzte Wohnung umfasst:

Gesamtfläche in m ²	Zahl der Wohnräume	Untervermietet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, davon _____ m ²	Erstmals bezugsfertig
<input type="checkbox"/> Einzelofenheizung	<input type="checkbox"/> Zentralheizung	<input type="checkbox"/> Fernwärme	
Brennstoff: <input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Holz/Kohle
Miete (ohne Heizkosten, Untermietzuschläge, Vergütung für Möblierung, Kühlschrank- oder Waschmaschinenüberlassung, Vergütung für die Überlassung von Garagen, Stellplätzen, Hausgärten u. a., anteilige Miete für Wohnraum, der einem anderen unentgeltlich oder entgeltlich überlassen wird.)			EUR
Nebenkosten wie Gebühren für Wasser, Abwasser, Müllbeseitigung, Kaminfeger, Treppenbeleuchtung (bitte Nachweise vorlegen)			EUR
Heizungskosten	EUR	Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Mietbescheinigung liegt bei			
Wurde Wohngeld gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchem Zeitraum vom _____ bis _____			
Wurde Wohngeld beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der bewilligenden Stelle _____			

VII. Aufenthaltsverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und ihrer/seiner Angehörigen in den letzten 12 Monaten

где находились в последние 12 месяцев

Familienname, Vorname	PLZ, Aufenthaltsort	vom ...	bis ...	Grenzübertritt
ФАМИЛИЯ, ИМЯ	УКРАИНА, (ГОРОД В УКРАИНЕ)	vom	Tag: Ort:	-пересечение границы
		vom	Tag: Ort:	
		vom	Tag: Ort:	
		vom	Tag: Ort:	

VIII. Aufenthaltsverhältnisse, Sozialhilfeleistungen

Wurden Sozialhilfeleistungen vor dem Wechsel des Aufenthaltsorts (einschl. Umzugskosten) gewährt?

nein ja, Art der Leistung:

vom bis
vom Sozialamt

Wurden Sozialhilfeleistungen nach dem Wechsel des Aufenthaltsorts gewährt?

nein ja, Art der Leistung:

vom bis
vom Sozialamt

Hat ein anderer Sozialhilfeträger bei der Unterbringung am jetzigen Wohnort in der Einrichtung / im Heim mitgewirkt?

nein ja, und zwar

Wohnort in den letzten 2 Monaten vor Heim-/Einrichtungsaufenthalt

УКРАИНА, (ГОРОД В УКРАИНЕ)

где жили в последние 2 месяца перед объективом

Wo und bis wann war der/die Antragsteller/in zuletzt in einer Einrichtung? (Anschrift, Datum)

Wann und woher erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Einrichtung, wer hat ihn veranlasst?

ПРИЕЗД ИЗ-ЗА ГРАНИЦЫ:



Zuzug aus dem Ausland (Datum)	ДАТА	Ergänzungsfeld (falls erforderlich):
Antragsteller/in	ФАМИЛИЯ, ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	
Ehegatte	СУПРУГ (-а)	
Haushaltsangehörige/r):	ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	

IX. Nicht geklärte Ansprüche:

Hat der/die Antragsteller/in oder sein/ihr Ehegatte bzw. Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen sie/er noch keine Leistungen erhält:

nein

ja, Ansprüche

der Sozialversicherung

als Opfer einer Gewalttat

als Unfallopfer

aus ärztl. Kunstfehler

aus anderem Rechtsgrund, nämlich

Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

X. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Hat der/die Antragsteller/in oder Familienangehörige Ansprüche nach dem

Bundesversorgungsgesetz

Häftlingshilfegesetz

SED - Unrechtsbereinigungsgesetz

Bundesgrenzschutzgesetz

Soldatenversorgungsgesetz

Bundesseuchengesetz

Opferentschädigungsgesetz

Zivildienstgesetz

bzw. glauben Sie, dass solche Ansprüche bestehen?

nein

ja

XI. Vermögenswerte

(bitte ggf. auf gesondertem Blatt erläutern und Nachweise vorlegen)

Antragsteller/in	Ehegatten / Lebenspartner - falls minderjährig beide Elternteile
Spar- und Bankguthaben <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Spar- und Bankguthaben 1. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div> 2. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div>	Spar- und Bankguthaben <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Spar- und Bankguthaben 1. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div> 2. Bankinstitut IBAN <div style="text-align: right;">EUR</div>
Bargeld: EUR	Bargeld: EUR
Lebensversicherungen <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR	Lebensversicherungen <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Versicherungssumme EUR
Bausparverträge <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR	Bausparverträge <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR 2. Versicherungsunternehmen Bausparsumme EUR

<p>Sonstige Versicherungen</p> <p>1. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p> <p>2. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p>	<p>Sonstige Versicherungen</p> <p>1. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p> <p>2. Versicherungsunternehmen</p> <p>Versicherungsart:</p> <p>Versicherungssumme EUR</p>
<p>Haus- und Grundbesitz – auch im Ausland:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz:</p>	<p>Haus- und Grundbesitz – auch im Ausland:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ich habe folgenden Haus-/Grundbesitz:</p>
<p>Vertraglich gesicherte Ansprüche: (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wohnrecht <input type="checkbox"/> Anspruch auf Pflege <input type="checkbox"/> Sonstiges: 	<p>Vertraglich gesicherte Ansprüche: (Bitte Abschrift des Vertrages beifügen)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wohnrecht <input type="checkbox"/> Anspruch auf Pflege <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<p>Sonstige Vermögenswerte: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ich habe Vermögenswerte</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wertpapiere <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge <input type="checkbox"/> wertvolle Sammlungen <input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Rückzahlung von Darlehen <input type="checkbox"/> Aktien <input type="checkbox"/> Erbsprüche <input type="checkbox"/> Sonstiges: 	<p>Sonstige Vermögenswerte: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ich habe Vermögenswerte</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wertpapiere <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeuge <input type="checkbox"/> wertvolle Sammlungen <input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Rückzahlung von Darlehen <input type="checkbox"/> Aktien <input type="checkbox"/> Erbsprüche <input type="checkbox"/> Sonstiges:

a) Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder **verschenkt**

nein ja, Zeitpunkt, Anlass, Art und Höhe und Empfänger/in angeben (Nachweis beifügen)

b) Wurde **jemals** Grundbesitz **verschenkt**, auf dem sich der Schenker ein Wohnrecht oder Nießbrauch vorbehalten hat?

nein ja, Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger/in angeben (Nachweise beifügen)

XII. Schuldverpflichtungen: (nicht Hausbelastungen)

nein ja, insgesamt EUR
 Einzelaufstellung ist auf gesondertem Blatt beigefügt

XIII. Ergänzungsfeld für die Positionen I. – XII,

Informationen nach der EU-Datenschutzgrundverordnung

Mit dem Sozialhilfeantrag erheben wir personenbezogene Daten, die Sie betreffen. Daher möchten wir Sie über einige Punkte informieren. Verantwortlich im Sinne der EU-DSGVO ist das Kreissozialamt des Landkreises Esslingen, Pulverwiesen 11, 73728 Esslingen am Neckar; Tel. Nr. 0711-3902-48310, E-Mail: Kreissozialamt@lra-es.de, vertreten durch die Amtsleiterin.

Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten des Landratsamtes unter denselben Kontaktdaten oder per E-Mail an datenschutz@lra-es.de

Ihre personenbezogenen Daten werden für folgende Zwecke erhoben und verarbeitet:

1. Entscheidung über den Sozialhilfeantrag, ggfs. Bewilligung von Leistungen
2. Gegebenenfalls Geltendmachung vorrangiger Ansprüche

Die Datenerhebung erfolgt auf der Grundlage von § 60 ff SGB I sowie § 67a und § 67b SGB X (Sozial-gesetzbuch I. Buch bzw. X. Buch). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Stellen gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Ihre personenbezogenen Daten werden im Leistungsfall 6 Jahre über die Hilfestellung hinaus gespeichert.

Ihnen stehen folgende Rechte zu:

- Auskunftsrecht über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Artikel 15 DS-GVO).
- Recht auf Datenberichtigung, sofern Ihre Daten unrichtig oder unvollständig sein sollten (Artikel 16 DS-GVO).
- Recht auf Löschung der zu Ihrer Person gespeicherten Daten, sofern eine der Voraussetzungen von Artikel 17 DS-GVO zutrifft. Das Recht zur Löschung personenbezogener Daten besteht ergänzend zu den in Artikel 17 Absatz 3 DS-GVO genannten Ausnahmen nicht, wenn eine Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist. In diesen Fällen tritt an die Stelle einer Löschung die Einschränkung der Verarbeitung gemäß Artikel 18 DS-GVO.
- Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern die Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden, die Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Ihren Rechtsansprüchen benötigt werden oder bei einem Widerspruch noch nicht feststeht, ob die Interessen des Landratsamtes gegenüber denen der betroffenen Person überwiegen (Artikel 18 Absatz 1 lit. b, c und d DS-GVO).
Wird die Richtigkeit der personenbezogenen Daten bestritten, besteht das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung für die Dauer der Richtigkeitsprüfung.
- Widerspruchsrecht gegen bestimmte Datenverarbeitungen, sofern an der Verarbeitung kein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das Ihre Interessen überwiegt, und keine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung verpflichtet (Artikel 21 DS-GVO).

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten unrechtmäßig ist, können Sie sich mit einer Beschwerde an den Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wenden: Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, Tel.: 0711/615541-0, Fax: 0711/ 615541-15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de.

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie sind verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Die Nichtbereitstellung hat zur Folge, dass Ihnen die beantragte Leistung versagt werden müsste (§§ 60/66 SGB I).

Erklärung der/des Antragstellers/in und des Ehegatten/Lebenspartners:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Tatsachen verschwiegen wurden, die für den Hilfeanspruch maßgebend sind. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse, die bis zur Erteilung eines Bescheides über diesen Leistungsantrag eintreten, sofort und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen.

Wir weisen darauf hin, dass wir am Datenabgleich nach § 118 SGB XII regelmäßig teilnehmen.

Erklärung zur EU-Datenschutzgrundverordnung:

Das Informationsblatt über die Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten:

ja nein

Bei Hilfe außerhalb von Einrichtungen -**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides an die Stadt-/Gemeindeverwaltung:**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt meiner Wohngemeinde Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfestellung zur reibungslosen Bearbeitung der Anträge übersendet:

ja nein

Bei Hilfe in Einrichtungen bzw. Hilfe durch Dienste -**Einwilligung zur Bekanntgabe des Sozialhilfebescheides:**

Ich gebe hiermit die Einwilligung, dass das Sozialamt der Einrichtung Mehrfertigungen aller Bescheide im Zusammenhang mit der Hilfestellung übersendet.

ja nein

Ort, Datum

ESSLINGEN, (ДАТА СЕГОДНЯ)

Unterschrift Antragsteller/
gesetzl. Vertreter

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

Unterschrift Ehegatte/
Lebenspartner

ПОДПИСЬ
СЪЮЗНИКА(-И)

Unterschrift der/des
Aufnehmenden

Stellungnahme der Stadt/Gemeinde

Vorstehende Angaben sind glaubhaft entsprechen der Wahrheit

Antrag mit Anlagen an das Landratsamt Esslingen

Datum, Unterschrift

Anlage 1 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben zu Kindern und Eltern

Antragsteller / Leistungsberechtigter ФАМИЛИЯ, ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	Geburtsdatum ДАТА РОЖДЕНИЯ
Wohnort АДРЕС НА СЕГОДНЯ	

habe keine Kinder **У МЕНЯ НЕТ ДЕТЕЙ** Eltern verstorben **← РОДИТЕЛИ УМЕРЛИ**

	1	2	3	4
Name ggf. Geburtsname ФАМИЛИЯ				
Vorname(n) ИМЯ				
Geburtsdatum ДАТА РОЖДЕНИЯ				
Straße, Hausnummer УЛИЦА, ДОМ				
PLZ ИНДЕКС				
Wohnort ГОРОД				
Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Antragsteller(in) СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАЯВИТЕЛЕМ				
Schulabschluss ШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ				
erlernter Beruf (Ausbildung / Studium) ПРОФЕССИЯ				
jetzige Tätigkeit НАСТОЯЩИЙ РОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ				
Arbeitgeber РАБОТОДАТЕЛЬ				
Verfügt die Person vermutlich über erhebliches Einkommen* von insgesamt über 100.000 € brutto jährlich?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt

* darunter fallen gemäß § 2 Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, Einkünfte aus selbstständiger Arbeit, Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung und sonstige Einkünfte im Sinne des EStG.

Ort, Datum, Unterschrift **ESSLINGEN, ДАТА, ПОДПИСЬ**

(ЗАПОЛНЯТЬ ТОЛЬКО ЕСЛИ ВАС КАСАЕТСЯ, ИНАЧЕ ПЕРЕЧЕРК-
 ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ПО ОТДЕЛЬНОМУ ПУТЬ.
 ЖИВУЩИМ ИЛИ 17 РАЗВЕДЁННЫМ СУПРУГАМ,
 ПАРТНЁРАМ.

**Anlage 2 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben zu getrennt lebenden
 oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartner**

Seite 1

Antragsteller / Leistungsberechtigter		Geburtsdatum	
Wohnort			
Name ggf. Geburtsname			
Vorname(n)			
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer			
PLZ			
Wohnort			
Schulabschluss			
erlernter Beruf			
Ausbildung / Studium			
jetzige Tätigkeit			
Arbeitgeber			
Verhältnis zum / zur Antragsteller(in)		<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit (Trennungsanzeige und Heiratsurkunde in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> geschieden seit (Scheidungsurteil mit Rechtskraftvermerk in Kopie beifügen) Datum und Ort der Eheschließung	
Unterhaltsansprüche tituliert		<input type="checkbox"/> ja (bitte vollstreckbaren Titel bzw. Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> nein	
Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht		<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	
Unterhalt wird gezahlt		<input type="checkbox"/> ja mtl. EUR <input type="checkbox"/> nein	

**Anlage 2 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben zu getrennt lebenden
oder geschiedenen Ehegatten oder Lebenspartner**

Seite 2

Fragen zur Unterhaltsregelung:

Unterhalt wurde nicht geltend gemacht bzw. auf Unterhalt wurde verzichtet weil,

(bitte Nachweise vorlegen – Ehevertrag, Scheidungsfolgenvereinbarung, etc.)

Bei Scheidung bitten wir um ergänzende Angaben zur eigenen Person:

Waren Sie zum Zeitpunkt der Scheidung erwerbstätig? ja nein

In welchen Zeiträumen nach der Scheidung bis zur ersten Sozialhilfeantragstellung
(Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII) waren Sie erwerbstätig?

In welchen Zeiträumen nach der Scheidung waren Sie wegen Krankheit, Kindererziehung
oder sonstigen Gründen nicht erwerbstätig?

Sofern Sie nach Ihrer Scheidung wegen Krankheit nicht erwerbsfähig waren, teilen Sie
uns bitte mit, welche Gesundheitsstörungen seit wann vorlagen:
(Sofern vorhanden, bitten wir Sie um Vorlage ärztlicher Atteste bzw. Befundberichte)

Gibt es ein Gutachten der Deutschen Rentenversicherung hinsichtlich Ihrer
Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung?

ja (bitte Kopie des Gutachtens beifügen) nein

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum, Unterschrift

Anlage 3 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben bei Ausländern

I. Einreise		
Seit wann sind Sie in Deutschland? ТОЧНАЯ ДАТА ВЪЕЗДА В ГЕРМАНИЮ (genaue Datumsangabe)		
Halten Sie sich mit Familienangehörigen in Deutschland auf? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit wem (genaue Angabe von Namen und Art der Familienzugehörigkeit) ЖИВЁТЕ ЛИ ВЫ В ГЕРМАНИИ У РОДСТВЕННИКОВ		
Wenn Sie allein eingereist sind, haben Sie Familie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (wo halten sich Ihre Familienangehörigen auf) нет ДА (ТО ГДЕ ОНИ) ЕСЛИ ВЫ ПРЕЖДАЛИ ОДИН (ОДНА), ЕСТЬ ЛИ У ВАС СЕМЬЯ (ЧЛЕНЫ СЕМЬИ)		
Aus welchem Land sind Sie eingereist? UKRAINE		
Sind Sie das erste Mal in Deutschland? <input type="checkbox"/> nein: ЕСЛИ ПЕРВЫЙ РАЗ В ГЕРМАНИЮ →	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Wann sind Sie das erste Mal nach Deutschland eingereist? ТОЧНАЯ ДАТА ВЪЕЗДА (genaue Datumsangabe)		
In welchem Zeitraum haben Sie sich damals in Deutschland aufgehalten? Vom _____ bis _____		
Aus welchen Gründen sind Sie damals nach Deutschland gekommen?		
Haben Sie während Ihres damaligen Aufenthaltes Sozialleistungen in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem		
Zeitraum vom _____ bis _____		
Wann _____ und wohin _____ (Datum der Ausreise) (Ausreiseland / Ort)		
und warum sind Sie damals ausgereist?		
Aus welchen Gründen sind Sie nach Deutschland gekommen? Flucht, KRIEG IN UKRAINE		

Anlage 3 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben bei Ausländern

Seite 2

I. Einreise

Wo haben Sie zuletzt gewohnt? (Nennung der vollständigen Auslandsadresse und Anschrift der im Ausland für Sie zuständigen Verwaltungsbehörde)

UKRAINE, ПОСЛЕДНИЙ ГОРОД В УКРАИНЕ,
ГДЕ ЖИЛ

II. Aufenthaltsgründe

Haben sie bisher sozialversicherungspflichtig gearbeitet?

nein, (bitte geben Sie die Gründe an)

ICH WAR IN RENTE

ja, (bitte geben Sie die Zeiträume und die jeweiligen Arbeitgeber an)

Vom bis (Arbeitgeber)

Vom bis (Arbeitgeber)

Vom bis (Arbeitgeber)

Sind Sie einer selbstständigen Tätigkeit nachgegangen?

nein

ja, (bitte geben Sie die Zeiträume sowie die Art der selbstständigen Tätigkeit an)

Vom bis (Art der Tätigkeit)

Vom bis (Art der Tätigkeit)

Vom bis (Art der Tätigkeit)

Aus welchen Gründen sind Sie nicht mehr selbstständig tätig?

RENTE

Wie haben Sie sich um eine neue Tätigkeit bemüht? (bitte schildern und belegen Sie Ihre Bemühungen)

Anlage 3 zum Sozialhilfeantrag: Ergänzende Angaben bei Ausländern

Seite 3

Wenn Sie zu Familienangehörigen eingereist sind:

ЕСЛИ ВО ПРИБЫЛИ К
РОДСТВЕННИКАМ В ГЕРМАНИИ

Zu welchen Familienangehörigen?

К КАКИМ?

Welche Aufenthaltsrechte haben diese Familienangehörigen?

КАКОЙ СТАТУС В ГЕРМАНИИ У ВАШИХ
ЧЛЕНОВ СЕМЬИ?

Erhalten Sie Unterhaltsleistungen von diesen Familienangehörigen?

 nein ja, in welcher Höhe und Form?

Wurde bei Ihrer Einreise bzw. zum Erwerb des Aufenthaltstitels eine Verpflichtungserklärung abgegeben?

 nein ja, auf wen lautet diese Verpflichtungserklärung?

Welche Einkünfte haben Ihre Familienangehörigen?

Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene Wohnung?

 nein ja

Wovon haben Sie seit Ihrer Einreise Ihren Lebensunterhalt bestritten?

ASYLBL

Sind Sie seit Ihrer Einreise krankenversichert?

 nein ja, bei welcher Krankenkasse?

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

ESSLINGEN, JATA, ПОДПИСЬ

Ort, Datum, Unterschrift

zurück an
SG 312 - Sozialhilfe
Landratsamt Esslingen
73726 Esslingen

ВЫБОР МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКИ

Erklärung zum Kassenwahlrecht nach § 264 Abs. 3 SGB V

Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 SGB V verpflichtet bin, eine Krankenkasse für die Übernahme der Krankenbehandlung für mich und meine im Haushalt lebenden, nicht selbst versicherten Familienangehörige, zu wählen. Ich wähle folgende Krankenkasse:

AOK
genaue Bezeichnung der Krankenkasse, möglichst mit Anschrift eintragen

Ich bitte, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und die für die Übernahme meiner/unsere(r) Krankenbehandlung benötigten Daten zu übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Krankenkasse meine Daten (bzw. die Daten meiner Familienangehörigen) intern speichert und nutzt, um (z.B. telefonisch oder per E-Mail) über die Belange der Krankenversicherung informieren und beraten zu können. Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit zurücknehmen, dann werden die Daten wieder gelöscht.

....., ФАМИЛИЯ, ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ
Name, Vorname des Haushaltsvorstandes

ДАТА РОЖДЕНИЯ
Geburtsdatum

73730 ESSLINGEN
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer).

ДАТА И ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ
Datum und Unterschrift des Haushaltsvorstandes

Familienangehörige im Haushalt:

ИМЕНА ВАШИХ ДЕТЕЙ

Name <i>ФАМИЛИИ</i>	Vorname <i>ИМЕНА</i>	Geburtsdatum <i>ДАТА РОЖДЕНИЯ</i>

СОГЛАСИЕ НА ОБМАН ДАННЫМИ

Einverständnis zur Datenübermittlung

Zustimmungserklärung des Kunden nach §§ 67 b Abs. 1 und 2 SGB X

Familienname: ←

ФАМИЛИЯ

Vorname: ИМЯ

Geburtsdatum:

ДАТА РОЖДЕНИЯ

Erklärung:

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein/e persönliche/r Ansprechpartner/in oder Leistungssachbearbeiter/in des Grundsicherungsträgers Kreissozialamt Esslingen und

Name der Einrichtung:

 Landratsamt Esslingen – Amt für Flüchtlingshilfe

 Ausländerbehörde

 Krankenkasse

 Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Anschrift der Einrichtung:

wechselseitig Daten zur Bearbeitung des Antrages auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 01.06.22 bis zum UNBEGRENZT übermitteln dürfen, soweit diese erforderlich sind.

Ich willige ein, dass Daten per E-Mail übermittelt werden dürfen: ja nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Übermittlung von Daten per E-Mail nicht gesichert erfolgen kann und Dritte unter Umständen E-Mails abfangen und dadurch Kenntnis meiner Daten erlangen könnten.

Ich wurde darüber informiert, dass ein „Nein“ zur Übertragung von Daten per E-Mail keine unmittelbar nachteiligen Rechtsfolgen für mich hat.

Ich wurde ebenso darüber informiert, dass die Einwilligung freiwillig ist und von mir bis zur Verarbeitung der Sozialdaten jederzeit widerrufen werden kann. Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass die genannten Stellen meine Sozialdaten nur für vorgenannte Zwecke nutzen dürfen und die Bestimmung zum Schutz der Sozialdaten zu beachten haben. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung keine unmittelbaren nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat.

ДАТА, ПОДПИСЬ

Datum, Unterschrift

Datum Unterschrift bei Minderjährigen (Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

§ 67 b SGB X (Zehntes Sozialgesetzbuch)

Zulässigkeit der Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die Verarbeitung von Sozialdaten und deren Nutzung sind nur zulässig, soweit die nachfolgenden Vorschriften oder eine andere Rechtsvorschrift in diesem Gesetzbuch es erlauben oder anordnen oder soweit der Betroffene eingewilligt hat. § 67a Abs. 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Übermittlung ohne Einwilligung des Betroffenen nur insoweit zulässig ist, als es sich um Daten über die Gesundheit oder das Sexualleben handelt oder die Übermittlung zwischen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung oder zwischen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und deren Arbeitsgemeinschaften zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe erforderlich ist.

(2) Wird die Einwilligung bei dem Betroffenen eingeholt, ist er auf den Zweck der vorgesehenen Verarbeitung oder Nutzung sowie auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung des Betroffenen ist nur wirksam, wenn sie auf dessen freier Entscheidung beruht. Die Einwilligung und der Hinweis bedürfen der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist die Einwilligungserklärung im äußeren Erscheinungsbild der Erklärung hervorzuheben.