

Hinweis:
Um sachgerecht über Ihren Anspruch auf Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Vordruck sorgfältig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Vordruck auf Seite 5 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder Ihres/ Ihrer gesetzlichen Vertreters/ Vertreterin zu bestätigen.

Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Antragstellende Person 1	Antragstellende Person 2: <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> eingetragene/r Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Name, Vorname		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Familienstand	seit	seit
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status (Nachweis in Kopie beifügen)		
Betreuer/ Betreuerin: Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
(Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)		

2. Mehrbedarf

Schwerbehindertenausweis (Ausweis in Kopie beifügen)	gültig bis:	Merkzeichen (ausschließlich Merkzeichen G oder aG):	gültig bis:	Merkzeichen (ausschließlich Merkzeichen G oder aG):
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Teilnahme am Mittagessen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in einem vergleichbaren Angebot tätig sind: Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Arbeitstage pro Woche: _____)		Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in einem vergleichbaren Angebot tätig sind: Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Arbeitstage pro Woche: _____)	

3. Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen!)

Bei welcher Krankenkasse/ Pflegekasse sind Sie versichert?				
Bitte Krankenkasse/ Pflegekasse und Versicherungs-Nr. angeben	Krankenversicherung	Pflegeversicherung	Krankenversicherung	Pflegeversicherung
	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert

4. Einkommen (Bitte aktuelle Einkommensnachweise beifügen!)

(z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

Art des Einkommens	1. Person			2. Person		
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
			Monatlicher Betrag in Euro			Monatlicher Betrag in Euro
Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Arbeitsentgelt aus Tätigkeit in einer WfbM/ vergleichbarem Angebot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonder- / Weihnachtswendungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Witwenrente bzw. Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (zusätzlich beizufügen: Erstrentenbescheid)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unterhaltshilfe/ Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Werks- / Zusatz-/ Privatrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Mieteinnahmen / Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Steuererstattung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Weitere privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Sozialhilfeleistungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges Einkommen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ausgaben	Art der Ausgabe	Monatlicher Betrag in Euro	Art der Ausgabe	Monatlicher Betrag in Euro
Absetzbare Ausgaben:				
Hierzu gehören z. B. Beiträge für Altersvorsorge, Sterbeversicherung, Haftpflichtversicherung				

6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Betrag in Euro		Betrag in Euro
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw. - Auszüge 10 Jahre rückwirkend)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde ein Sparguthaben in den letzten 10 Jahren aufgelöst? (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge (Anlageform angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Lebensversicherung/ Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert :
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert :
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Forderungen: Art der Forderung und Schuldner (z.B.: Schadensersatz, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges Vermögen: (hochwertige Wertgegenstände z. B. Kfz)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Angaben zu Immobilien und Grundstücken

Sind Sie, Ihr Ehegatte, Ihr/e Partner/in, Ihr/e eingetragener Lebenspartner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien und/oder Grundbesitz? ja nein

Art der Immobilie und des Grundbesitzes	Lage angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	Größe	
		a) Grundstücksfläche in m ²	b) Wohnfläche in m ²
Hauseigentum		a)	b)
Wohnungseigentum		a)	b)
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		a)	
Sonstiges Haus- oder Grundvermögen		a)	

7. Vermögensübertragungen

Wurde vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

ja, in den letzten 10 Jahren ja, vor über 10 Jahren nein

Haben Sie, Ihr Ehegatte, Ihr/e Partner/in, Ihr/e eingetragener Lebenspartner/in anderen Personen Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

ja nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte Person (Name, Adresse, ggf. Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übertragen?)	Höhe/ Wert der Zuwendung

8. Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor z. B. Vertrag, Urteil, etc.)

Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leibrente und sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigte/r: _____ Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____
Verzicht auf vertragliche Rechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Erläuterung:

9. Kosten der Unterkunft und Heizung / Mietkosten (Bitte Nachweise beifügen!)

Träger/ Vermietender der Räumlichkeiten			
Zahl der Personen, die Ihre persönlichen Räume nutzen	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> zu zweit	<input type="checkbox"/> _____
Beinhalten die Heizkosten auch die Warmwasserbereitstellung?	<input type="checkbox"/> ja, zentrale WW-Bereitung <input type="checkbox"/> nein, separate Vorrichtung (Boiler, Durchlauferhitzer) vorhanden		

Gesamtkosten der Unterkunft, die Ihnen in Rechnung gestellt werden:	Euro
---	------

10. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

10.1 Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an

IBAN, Name und Sitz des Geldinstituts:
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin:

10.2 Sie haben ferner die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen eine Direktzahlung an Dritte zu beantragen. Dies kann hilfreich sein, um vertragliche Verpflichtungen rechtzeitig zu erfüllen wie z. B. Zahlungen für Unterkunftskosten. Hierfür sind eine zusätzliche Erklärung und weitere Angaben erforderlich.

E r k l ä r u n g

Hiermit beantrage ich ab dem 01.01.2020 Sozialhilfeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen).

Den Vordruck zur Überprüfung meines Anspruchs auf Sozialhilfeleistung nach dem SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben habe ich getätigt, weil mir eine entsprechende Vollmacht erteilt wurde. Ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch SGB I. Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch SGB X, § 103 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch SGB XII).

Ich bevollmächtige folgende Person zum Empfang von Sozialhilfebescheiden:

(Vorname, Name, Anschrift)

Datum

1. Person	Unterschrift der antragstellenden Person, des gesetzlichen Vertreters/ der Vertreterin, des Betreuers/ der Betreuerin oder eines/ einer Bevollmächtigten
-----------	--

Datum

2. Person	Unterschrift der antragstellenden Person, des gesetzlichen Vertreters/ der Vertreterin, des Betreuers/ der Betreuerin oder eines/ einer Bevollmächtigten
-----------	--

Hinweise
zum Antrag auf Sozialhilfeleistungen nach SGB XII
(Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen)

Seite 6

Allgemeines:

Das Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) vom 27.12.2003 (BGBl I S. 3022 ff.) gilt ab 01.01.2005. Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. der Grundsicherung stehen nur dann zu, wenn das Einkommen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken und auch Vermögen nicht einzusetzen ist. Wenn die antragsberechtigte Person mit einem Ehegatten oder einem Partner/ einer Partnerin, einer eheähnlichen Gemeinschaft zusammen lebt, so wird auch dessen/ dessen Einkommen und Vermögen berücksichtigt.

Darüber hinaus kann die Unterhaltspflicht des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten, von Eltern und Kindern eine Rolle spielen.

Zu 1.: Persönliche Verhältnisse (Antragsseite 1)

Eine *eheähnliche Gemeinschaft* besteht zwischen zusammen lebenden und wirtschaftenden Partnern unterschiedlichen Geschlechts, die füreinander einstehen und sich füreinander verantwortlich fühlen. Eingetragene Partnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes fallen nicht hierunter.

Zu 3.: Kranken- / Pflegeversicherung (Antragsseite 1)

Um die tatsächlich gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge dem Bedarf zurechnen zu können, sind die unter 3. gestellten Fragen zu beantworten.

Zu 4.: Einkommen (Antragsseite 2)

Sozialhilfeleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens. Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert. Soweit eine spezielle Einkommensart im Vordruck nicht aufgeführt sein sollte, ist dieses Einkommen unter „Sonstiges Einkommen“ anzugeben.

Zu 5.: Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Antragsseite 2)

Ihr anzurechnendes Einkommen verringert sich u.a. durch gezahlte Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen. Diese werden nur abgesetzt, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Werbungskosten werden abgesetzt, soweit sie zur Erzielung des Einkommens notwendig sind.

Zu 6.: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Antragsseite 3)

Zum Vermögen gehört das gesamte verwertbare Vermögen. Daher ist zunächst jeder Vermögenswert anzugeben. Bestimmte Vermögenswerte müssen aber nicht eingesetzt werden, z. B.

- Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für den Hilfesuchenden oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde,
- unter bestimmten Voraussetzungen ein angemessenes Hausgrundstück
- kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte; dabei ist eine besondere Notlage des Hilfesuchenden zu berücksichtigen

Zu 7.: Vermögensübertragungen (Antragsseite 4)

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewertung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.

Zu 9.: Kosten der Unterkunft (Antragsseite 4)

Zur bedarfsorientierten Sozialhilfeleistung gehören auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft inkl. Heizung. Ohne Beantwortung dieser Fragen ist keine Bedarfsbemessung möglich.

Hinweise
zum Schutz Ihrer persönlichen Daten gemäß Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung
(DSGVO)

Seite 7

Beantragung von SGB XII-Leistungen des 3./4. Kapitels SGB XII in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe

1. Verantwortliche Stelle	2. Datenschutzbeauftragte
Kreis Höxter Moltkestr.12 37671 Höxter	datenschutz@kreis-hoexter.de

3. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Stellen Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) erheben wir Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Diese Angaben benötigen wir zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung. Bezüglich ärztlicher Unterlagen wird eine gesonderte, widerrufbare Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Ihnen gefordert. Bezüglich der Auskünfte von Banken kann eine gesonderte, widerrufbare Befreiung vom Bankgeheimnis von Ihnen gefordert werden.

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung personenbezogener Daten sind die §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 DSGVO. Sozialdaten dürfen an die in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) genannten Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen. Ein regelmäßiger Datenabgleich erfolgt gem. § 118 SGB XII mit den darin genannten Stellen. Zur Beurteilung der Auswirkungen des SGB XII und seiner Fortentwicklung wird nach §§ 121 ff SGB XII eine Bundesstatistik über Leistungen und die Leistungen empfangenden Personen geführt. Die zu meldenden Erhebungsmerkmale ergeben sich ebenfalls aus der genannten Rechtsgrundlage. Darüber hinaus können wir zur Erfüllung unserer gesetzlichen Mitteilungspflicht Ihre personenbezogenen Daten an weitere Stellen übermitteln (z. B. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zuvor darüber informieren.

4. Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten folgenden externen Dienstleisters:

--

5. Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks.

6. Ihre Betroffenenrechte

- Auskunft über ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Jederzeitiger Widerruf von erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO)

Die Betroffenenrechte können hier geltend gemacht werden:

Kreis Höxter Moltkestr.12 37671 Höxter	oder	Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Postfach 200444 40102 Düsseldorf
---	-------------	--

Weitere Informationen zur rechtssicheren Kommunikation mit dem Kreis Höxter finden Sie unter:

<https://www.kreis-hoexter.de/sonstiges/datenschutz/index.html>