

# Antrag auf Bewilligung



- Blindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (LBliGG)**
- Taubblindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (LBliGG)**
- Blindenhilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

Antragseingang
----------------

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
 Fachbereich 203  
 Hauptfürsorgestelle  
 Kölnische Straße 30  
 34117 Kassel

## 1. Angaben zur behinderten Person

1.1	Name	Geburtsdatum
1.2	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
1.3	Ggf. Geburtsname	Tel.-Nr.
1.4	Familienstand (ledig / verheiratet / getr. lebend / geschieden / verwitwet) <span style="float: right;">seit</span>	
1.5	Straße, Hausnummer	
1.6	PLZ	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme in der Einrichtung
1.7	<b>Staatsangehörigkeit (Bitte Kopien des Personalausweises und bei ausländischer Staatsbürgerschaft auch eine Kopie des gültigen Aufenthaltstitels beifügen!)</b>	

## 2. Bescheidempfänger/in

(Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r - bitte **Betreuerausweis oder Vollmacht** in Kopie beifügen)

2.1	Name, Vorname Bescheidempfänger/in	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
2.2	Bei Minderjährigen: Verhältnis zur behinderten Person (Vater, Mutter, Sonstige)	
2.3	Straße, Hausnummer	
2.4	PLZ	Wohnort <span style="float: right;">Tel.-Nr. (tagsüber)</span>

### 3. Weitere persönliche Angaben

3.1	<p>Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder beantragt?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> <b>(Bitte Kopien beider Seiten vom Schwerbehindertenausweis und vom letzten Bescheid des Versorgungsamtes beifügen!)</b></p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Versorgungsamt _____</p>
3.2	<p>Erfolgt zur Zeit eine Betreuung in einer Einrichtung?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> vollstationär in einem Pflege- bzw. Seniorenwohnheim</p> <p>JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig in einer Schule</p> <p>JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig im Rahmen einer Berufs-/Umschulungsmaßnahme</p> <p>geplant <input type="checkbox"/> ab _____</p> <p>Name, Anschrift der Einrichtung _____</p> <p>Name, Anschrift der Kostenträgers _____</p>
3.3	<p>Aufenthalt der letzten zwei Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung</p> <p>_____</p> <p>von _____ bis _____ Straße, PLZ, Wohnort _____</p>
3.4	<p>Wurde bereits Blindengeld/Taubblindengeld/Blindenhilfe in einem anderen Bundesland bezogen?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> von _____ bis _____ <b>(Kopie des Einstellungsbescheides bitte beifügen!)</b></p>
3.5	<p>Die Behinderung ist ganz oder teilweise Folge <b>(Bitte mindestens eine Folge ankreuzen!)</b></p> <p><input type="checkbox"/> eines Unfalls</p> <p><input type="checkbox"/> einer Kriegsverletzung bzw. anderen Schädigungsursache nach Ziffer 5.4</p> <p><input type="checkbox"/> einer Berufserkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> einer sonstigen Erkrankung (z.B. angeboren oder altersbedingt)</p>

### 4. Kontaktperson für evtl. Rückfragen (freiwillige Angabe)

4.1	Name, Vorname		
4.2	Straße, Hausnummer		
4.3	PLZ	Wohnort	Tel.-Nr. (tagsüber)

## 5. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

5.1	<p>Leistungen der Pflegekasse</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> <b>(Bitte Kopie des Bewilligungsbescheids der Pflegekasse beifügen!)</b></p> <p>Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Pflegekasse _____</p>
5.2	<p>Leistungen eines Unfallversicherungsträgers (Kosten für fremde Führung, Kleider- und Wäschemehrverschleiß u. ä.)</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> <b>(Bitte Bescheidkopie beifügen!)</b></p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____</p>
5.3	<p>Wird Hilfe zur Pflege vom Sozialamt nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) -Sozialhilfe- bezogen oder wurde diese beantragt?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> vom Sozialamt _____ in Höhe von _____ €</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____</p>
5.4	<p>Bezug von Leistungen vom Amt für Versorgung und Soziales <b>(Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!)</b> Anzugeben sind auch ruhende oder erloschene Ansprüche sowie solche, die wegen der Anrechnung von Einkommen oder Leistungen nach § 44 (5) BVG nicht realisiert werden können.</p> <p>a) Werden eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Leistungen bezogen?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> nach den Bundesversorgungsgesetz - BVG (Kriegsbeschädigten- oder Kriegshinterbliebenenrente ggf. mit Pflegezulage),</p> <p>JA <input type="checkbox"/> nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG),</p> <p>JA <input type="checkbox"/> nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG),</p> <p>JA <input type="checkbox"/> nach dem Soldatenversorgungs-, Wehr- und Zivildienstgesetz,</p> <p>JA <input type="checkbox"/> nach dem Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen bzw. Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz</p> <p>Name und Aktenzeichen des zuständigen Amtes für Versorgung und Soziales für den o.g. Leistungsbezug _____</p> <p>b) Hat eine in häuslicher Gemeinschaft lebende angehörige Person (Eltern, Ehegatte oder Sonstige) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> Name und Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsbeziehenden Person _____</p>
5.5	<p>Sonstige Leistungen aufgrund der geltend gemachten Behinderung (ausländische Renten/Bezüge wegen der Behinderung o.ä.)</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> <b>(Bitte Kopie des letzten Bewilligungsbescheides beifügen!)</b></p>

Name, Vorname der behinderten Person	Geschäftszeichen (wird vom LWV Hessen ausgefüllt)
--------------------------------------	--

**6. Erklärung der sehbehinderten Person (oder Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)**

Ich versichere, dass die Angaben im Antrag vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind, sofort und unaufgefordert der bewilligenden Behörde mitzuteilen.

Im Rahmen meiner mir nach allgemeinem Verwaltungsverfahrenrecht (§§ 60 ff SGB I) obliegenden Mitwirkung bei der Sachverhaltsermittlung wird die Bereitschaft erklärt, Befunde von Ärzten, auf Anforderung des LWV Hessen vorzulegen, sofern diese Befunde für den Anspruch auf die beantragte Leistung wichtig sind.

Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

**7. Einverständniserklärung zum Datenaustausch:**

Falls die erhobenen ärztlichen Befunde für eine Entscheidung über den Antrag nicht ausreichend sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die ärztlichen Unterlagen dem beratenden Facharzt des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, zur weiteren Begutachtung vorgelegt werden. Diese Erklärung kann gestrichen werden, dies hat jedoch zur Folge, dass der Antrag abgelehnt werden müsste, da er nicht abschließend bearbeitet werden kann.

**8. Datenaustausch mit dem Amt für Versorgung und Soziales (Versorgungsamt):**

Ich bin damit einverstanden, dass der LWV Hessen mit dem zuständigen Amt für Versorgung und Soziales medizinische Unterlagen austauscht, wenn dies für die Bewilligung der Leistung maßgeblich ist oder wenn eingetretene Änderungen des Behinderungsbildes Auswirkung auf die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaften haben können.

**9. Datenaustausch auf elektronischem Wege**

Der Datenaustausch kann auf elektronischem Wege erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass die Unterlagen mit verschlüsselter E-Mail übermittelt werden. Sollte eine Vorlage an einen beratenden Facharzt erfolgen, werde ich entsprechend unterrichtet.

**10. Benachrichtigung über gespeicherte Daten (§ 18 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz (HDSG))**

Für die Bewilligung der beantragten Leistung werden die Personalien der behinderten Person, bei Minderjährigen zusätzlich die Personalien der Eltern, bei Bevollmächtigungs- und Betreuungsverhältnissen die Personalien der bevollmächtigten Person bzw. der Betreuerin/des Betreuers, die Bankverbindung, Beginn und Ende der Leistung sowie Höhe und Zahlungszeitpunkt der Leistung für die automatisierte Datenverarbeitung auf der Rechtsgrundlage von § 11 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz gespeichert.

**11. Verweigerung der Einwilligung der Punkte 7 + 8 + 9**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung zu den Punkten 7 + 8 + 9 verweigern (in diesem Fall bitte den/die entsprechenden Punkt/e streichen) und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Durchstreichen des Punktes 7 wird zur Ablehnung des Antrages führen. Ein Durchstreichen der Punkte 8 und 9 könnte das Antragsverfahren verlängern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der behinderten Person - auch handgeführt -  
oder Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r



#### 4. Bestätigung zur Vorlage beim LWV Hessen bei Fremdkontonutzung

Sollen die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden, so sind die unter Ziffer 2.) und 3.) der umseitigen Kontoerklärung geleisteten Unterschriften zu bestätigen. Die Bestätigung kann von jeder stempelführenden Stelle vorgenommen werden (z. B. Geldinstitut, Postamt, Polizeirevier, Stadtverwaltung usw.).

**Eine Bestätigung ist nicht notwendig,**

- wenn es sich bei Minderjährigen um das Konto der Erziehungsberechtigten handelt.
- wenn gleichzeitig ein Betreuerausweis mit dem Aufgabenkreis der Vermögenssorge oder eine Vollmacht vorgelegt wird, die Vermögensdispositionen durch den Bevollmächtigten erlaubt.
- wenn es sich um das Konto einer Pflegeeinrichtung handelt.

**Es wird hiermit bestätigt, dass die umseitigen Unterschriften zu den Ziffern 2.) und 3.) eigenhändig vollzogen wurden.**

**Der/Die Unterzeichnende zu Ziffer 2.)**

ist mir persönlich bekannt.

hat sich ausgewiesen durch: \_\_\_\_\_

**Der Kontoinhaber/die Kontoinhaberin zu Ziffer 3.)**

ist mir persönlich bekannt.

hat sich ausgewiesen durch: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bestätigenden

Stempel

## **Merkblatt zum Antrag auf Blindengeld, Taubblindengeld bzw. Blindenhilfe**

### **Antragstellung Blindengeld**

Der Antrag besteht aus dem formgebundenen Antragsformular und einer nach dem Gesetz vorgeschriebenen formgebundenen augenfachärztlichen Bescheinigung.

Liegt eine Blindheit im Sinne des Gesetzes vor, kann alternativ zur augenfachärztlichen Bescheinigung auch eine Kopie des letzten Bescheides vom Versorgungsamt und Kopien des Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen BI eingereicht werden.

Die augenfachärztliche Bescheinigung ist vom behandelnden Augenarzt bzw. der behandelnden Augenärztin nach aktueller Untersuchung entsprechend auszufüllen.

Die Angaben zum vorhandenen Sehvermögen in der augenfachärztlichen Bescheinigung dürfen bei Antragstellung nicht älter als 6 Monate sein.

Die Kosten für die Ausstellung der augenfachärztlichen Bescheinigung können vom LWV Hessen im Antragsverfahren nicht übernommen oder erstattet werden.

### **Medizinische Voraussetzungen für Blindengeld und Blindenhilfe**

Blinde Menschen, den blinden Menschen Gleichgestellte und hochgradig sehbehinderten Menschen, die Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Hessen haben, können Blindengeld bzw. Blindenhilfe zum Ausgleich der durch die Sehbehinderung bedingten Mehraufwendungen beantragen.

Den blinden Menschen gleichgestellt sind Personen, deren beidäugige Gesamt-Sehschärfe nicht mehr als  $1/50$  (0,02) beträgt.

Weiterhin sind den blinden Menschen gleichgestellt die Personen, bei denen nicht nur vorübergehende Störungen (z. B. Gesichtsfeldeinschränkungen) des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe von nicht mehr als  $1/50$  (0,02) gleich zu achten sind.

Hochgradig sehbehinderte Menschen sind Personen, deren beidäugige Gesamt-Sehschärfe nicht mehr als 1/20 (0,05) beträgt. Ebenfalls hochgradig sehbehindert sind Personen, bei denen nicht nur vorübergehende Störungen (z. B. Gesichtsfeldeinschränkungen) des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe von nicht mehr als 1/20 (0,05) gleich zu achten sind.

### **Antragstellung Taubblindengeld**

Anspruch auf Taubblindengeld haben Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Land Hessen haben und bei denen vom Versorgungsamt wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens ein Grad der Behinderung von 70 und beim Sehvermögen ein Grad der Behinderung von 100 festgestellt wurde. Dies entspricht den Merkzeichen BI und GI bzw. TBI.

Die Leistung wird zur Bestreitung von taubblindheitsbedingten Mehraufwendungen gezahlt.

Im Rahmen der Antragstellung sind einzureichen der formgebundene Antrag und Kopien des letzten Bescheides vom Versorgungsamt sowie Kopien beider Seiten des Schwerbehindertenausweises.

### **Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen**

Das Blindengeld und Taubblindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (LBliGG) wird einkommens- und vermögensunabhängig bewilligt.

Ist beim Blindengeldantrag im Einzelfall jedoch vorrangig eine Blindenhilfebewilligung nach § 27 d Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Verbindung mit § 72 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) - Sozialhilfe - von uns zu prüfen (siehe Ziffer 5.4 des Antrages), so wird der LWV Hessen später noch gesondert Nachweise zum Einkommen und Vermögen anfordern.



## **Anhang zum Antrag auf Bewilligung von Blindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz bzw. Blindenhilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge**

Die konkrete Unterstützung blinder und sehbehinderter Menschen ist dem Landeswohlfahrtsverband Hessen ein besonderes Anliegen. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Behindertenverbänden zeigen wir Ihnen im Anschluss Adressen einzelner Interessenvertretungen auf, mit denen Sie anhand der Rückseite dieses Formblattes Kontakt aufnehmen können, um ggf. Beratung und Informationen zu erhalten, die im Rahmen der bestehenden Sehbehinderung von Bedeutung sein können.

Wählen Sie bei Bedarf eine der aufgeführten Anschriften aus und tragen Sie diese zusammen mit Ihrem Namen und Ihrer Anschrift umseitig an entsprechender Stelle ein. Senden Sie das Formular anschließend ab. Die entsprechende Organisation wird dann baldmöglichst Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

Die Absendung der Erklärung an einen Behindertenverband ist zur Antragstellung von Blindengeld/-hilfe nicht erforderlich und hat auf die Entscheidung über den Antrag keinen Einfluss.

### **Behindertenverbände und Interessenvertretungen**

<u>Blinden- und Sehbehindertenbund Hessen e.V. an:</u> BSBH Börsenstraße 14 60313 Frankfurt	Tel. Fax Internet	069 150596 - 6 069 150596 - 77 <a href="http://www.bsbh.org">www.bsbh.org</a>
<u>Sozialverband VdK Hessen-Thüringen</u> Gärtnerweg 3 60322 Frankfurt	Tel. Fax Internet	069 714002 - 0 069 714002 - 24 <a href="http://www.vdk.de">www.vdk.de</a>
<u>Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e.V. an:</u> DVBS Frauenbergstr. 8 35039 Marburg	Tel. Fax Internet	06421 94888 - 0 06421 94888 - 10 <a href="http://www.dvbs-online.de">www.dvbs-online.de</a>
<u>Verein zur Förderung der selbstständigen Lebensführung Blinden und Sehbehinderter e.V. an:</u> Fokus e.V. Ginsterweg 4 35041 Marburg	Tel. Fax Internet	06421 34270 06421 36488 <a href="http://www.fokus-ev.de">www.fokus-ev.de</a>
<u>Deutsche Blindenstudienanstalt e.V. (blista) Bildungs-, Rehabilitations- und Hilfszentrum</u> Am Schlag 2 - 12 35037 Marburg	Tel. Fax Internet	06421 606 - 0 06421 606 - 229 <a href="http://www.blista.de">www.blista.de</a>

(Bitte eine Anschrift von der Vorderseite auswählen!)

┌

└

┌

└

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Blindengeldbeantragung beim Landeswohlfahrtsverband Hessen wurde ich darüber informiert, dass Ihr Verband Informationen und Beratungen für sehbehinderte und blinde Menschen anbietet. Dieses Angebot möchte ich gerne in Anspruch nehmen und bitte um Kontaktaufnahme.

Name, Vorname:

---

Straße, PLZ, Wohnort:

---

Geburtsjahr

Telefonnummer:

E-Mail:

---

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum, Unterschrift

Name, Vorname der behinderten Person	Geschäftszeichen (wird vom LWV Hessen ausgefüllt)
--------------------------------------	--

## E-Mail-Kontakt mit dem LWV-Hessen

Auf Wunsch besteht auch die Möglichkeit, unseren künftigen Schriftverkehr zusätzlich auch verschlüsselt barrierefrei per E-Mail zu erhalten.

Möchten Sie diesen Service in Anspruch nehmen, so füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus und senden Sie diesen Bogen anschließend wieder unterschrieben an uns zurück.

Nachrichtlich weisen wir darauf hin, dass wir unseren Schriftverkehr aus Gründen der Rechtssicherheit immer auch zusätzlich noch einmal auf dem Postweg an Sie weiterleiten werden.

Name, Vorname des E-Mail-Empfängers bzw. der E-Mail-Empfängerin
Anschrift
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der behinderten Person - auch handgeführt - oder Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_

## **Datenschutzhinweise**

### **Informationspflichten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82 a SGB X durch den LWV Hessen**

Der LWV Hessen als überörtlicher Sozialleistungsträger verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung seiner gesetzlichen Pflichten. Dazu gehören Daten, welche Sie uns zur Verfügung stellen oder welche wir von Dritten über Sie erhalten.

Mit der nachfolgenden Datenschutzerklärung erläutern wir Ihnen die Datenverarbeitung und informieren Sie über Ihre Rechte als Betroffene.

#### **Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
Ständeplatz 6 - 10  
34117 Kassel  
0561 1004 - 0  
info@lww-hessen.de

Weitere Informationen können Sie unserer Internetseite entnehmen.

Beim LWV Hessen wird die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und dieser Erklärung durch unsere Datenschutzbeauftragte überwacht. Wenn Sie Fragen hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten haben, können Sie sich direkt an sie wenden.

#### **Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:**

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
Datenschutzbeauftragte  
Ständeplatz 6-10  
34117 Kassel  
Datenschutzbeauftragte@lww-hessen.de

#### **Allgemeine Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:**

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist dem Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen wichtig und wird von uns sehr ernstgenommen. Deshalb verarbeitet der LWV Hessen Ihre Daten unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzgesetze und -vorschriften der europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland und des Landes Hessen.

Unsere Mitarbeiter sind im Umgang mit personenbezogenen Daten geschult und schriftlich auf die Einhaltung der Datenschutzvorschriften verpflichtet worden.

#### **Zweck/Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:**

Ihre Daten werden im Rahmen der Leistungsbewilligung nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (Blindengeld) und bei Anträgen nach dem § 72 SGB XII (Blindenhilfe) erhoben und verarbeitet. Rechtsgrundlage hierfür sind die Art. 6 ff. EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67a ff. SGB X.

#### **Dauer, für die Ihre personenbezogenen Daten gespeichert werden:**

Akten sind grundsätzlich nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren auszusondern und unter Wahrung des Datenschutzes zu vernichten. Die Aufbewahrungsfrist beginnt, wenn die Kenntnis der personenbezogenen Daten für den LWV Hessen zur rechtmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

Diese Regelung gilt auch für elektronisch gespeicherte Daten.

### **Empfänger oder personenbezogenen Daten:**

Es ist möglich, dass Ihre Daten nach § 69 SGB X an Dritte weitergegeben werden, soweit dies für die Leistungsbewilligung erforderlich ist.

Werden für die Leistungsbewilligung weitere Unterlagen (z. B. ärztliche Gutachten oder amtsfachärztliche Stellungnahmen) angefordert oder weitergegeben, erfolgt dies nur aufgrund einer gesonderten Einwilligungserklärung, die Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

### **Ihre Rechte als Betroffene:**

#### ***Auskunft***

Jede betroffene Person hat nach Art.15 EU-DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X jederzeit unentgeltlich das Recht auf Auskunft über die sie betreffenden personenbezogenen Daten.

#### ***Löschung***

Jede betroffene Person kann nach Art. 17 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Dabei ist zu beachten, dass gesetzliche Aufbewahrungspflichten des LWV Hessen dazu führen können, dass die Daten erst nach Ablauf einer Frist endgültig gelöscht werden können.

Darüber hinaus kann der Antrag auf Datenlöschung dazu führen, dass die Bearbeitung des Antrags auf Leistungsbewilligung nicht (weiter) erfolgen kann.

#### ***Berichtigung***

Jede betroffene Person kann nach Art. 16 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

#### ***Einschränkung der Verarbeitung***

Jede betroffene Person kann unter den Voraussetzungen nach Art. 18 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

#### ***Widerspruch***

Jede betroffene Person kann nach Art. 21 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einlegen.

#### ***Beschwerde***

Jede betroffene Person hat nach Art. 77 EU-DSGVO in Verbindung mit § 81 SGB X ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.  
Hierzu wenden Sie sich bitte an:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 3163  
65021 Wiesbaden