

ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II) - ARBEITSLOSENGELD II/SOZIALGELD -		Antragsteller/in hat sich ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen
Landkreis Fulda, Der Kreisausschuss, Kommunales Kreisjobcenter Am Anger 4, 36088 Hünfeld Telefon-Zentrale: 0661/6006-1800 • Email: service-huenfeld@landkreis-fulda.de • Internet: job-fulda.de Öffnungszeiten: Montag, Dienstag, Donnerstag: 07:45 Uhr – 15:30 Uhr Mittwoch, Freitag: 07:45 Uhr – 12:00 Uhr		Handzeichen, Datum
Ausgehändigt am:	Beantragung ab:	

Hinweise:

Es sind **alle Fragen** des Antrages zu beantworten. Falls Sie für Ihre Antworten mehr Platz benötigen, als im Formular vorgesehen ist, verwenden Sie bitte ein separates Blatt Papier und fügen Sie es dem Antrag bei.

Leistungen für Bildung und Teilhabe können nach Vorlage weiterer Informationen erbracht werden. Bitte verwenden Sie hierfür das vorgesehene Beiblatt. Leistungen für Lernförderung sind gesondert zu beantragen. Die erforderlichen Vordrucke sind in der Servicestelle des Kreisjobcenters sowie in der Außenstelle Hünfeld erhältlich und stehen im Internet unter www.job-fulda.de zum Download bereit.

Als Vertreter der Bedarfsgemeinschaft beantrage ich die Bewilligung von Arbeitslosengeld 2/Sozialgeld für nachfolgend genannte Person/en:

1. Allgemeine Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin			
Person 1	Name (evtl. Geburtsname), Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße/Hausnummer, PLZ, Wohnort:		Familienstand:	<input type="checkbox"/> Festnetz: <input type="checkbox"/> Mobil: <input type="checkbox"/> Email:
Staatsangehörigkeit:	Art und Dauer des Aufenthaltstitels:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR):			
Name der Bank:	BIC:		
IBAN:			
Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit:		Krankenkasse (Regionalverband):	
Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft):		Krankenversicherungsnummer:	
Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt		Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung	

☞ Die gültige BIC und IBAN können Sie Ihren aktuellen Kontoauszügen entnehmen.

1.1 Begründung des Antrages:

☞ z.B. Arbeitsplatzverlust, Wegfall von Einnahmen (Arbeitslosengeld, Unterhalt, o.Ä.), Umzug, Trennung usw.

1.2. Haben Sie bereits früher Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII bezogen?

nein ja, von _____

_____ (Behörde, Aktenzeichen und Zeitraum angeben)

☛ wenn ja, bitte den **Einstellungsbescheid** vorlegen

1.3 Welche weiteren Personen gehören zur Bedarfsgemeinschaft?

☛ Ehegatte, Partner in Einstandsgemeinschaft, Lebenspartner nach dem LPartG, minderjährige Kinder (auch Stiefkinder), volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sowie Eltern/Elternteil eines Antragstellers, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. **Hinweis:** Sofern volljährige Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben, in Ihrem Haushalt leben, müssen diese im Falle einer eigenen Hilfebedürftigkeit einen eigenen Antrag stellen!

Person 2	Name (evtl. Geburtsname), Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Art und Dauer des Aufenthaltstitels:		Familienstand:	Mobil: @ Email:
Staatsangehörigkeit:	Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR):	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit:		Krankenkasse (Regionalverband):	
Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft):		Krankenversicherungsnummer:	
Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt		Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung	

Person 3	Name (evtl. Geburtsname), Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Art und Dauer des Aufenthaltstitels:		Familienstand:	Mobil: @ Email:
Staatsangehörigkeit:	Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR):	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit:		Krankenkasse (Regionalverband):	
Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft):		Krankenversicherungsnummer:	
Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt		Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung	

Person 4	Name (evtl. Geburtsname), Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Art und Dauer des Aufenthaltstitels:		Familienstand:	Mobil: @ Email:
Staatsangehörigkeit:	Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR):	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit:		Krankenkasse (Regionalverband):	
Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft):		Krankenversicherungsnummer:	
Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt		Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung	

Person 5	Name (evtl. Geburtsname), Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Art und Dauer des Aufenthaltstitels:		Familienstand:	Mobil: @ Email:
Staatsangehörigkeit:	Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR):	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit:		Krankenkasse (Regionalverband):	
Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft):		Krankenversicherungsnummer:	
Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt		Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung	

Person 6	Name (evtl. Geburtsname), Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Art und Dauer des Aufenthaltstitels:		Familienstand:	Mobil: @ Email:
Staatsangehörigkeit:	Nummer des Ausländerzentralregisters (AZR):	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit:		Krankenkasse (Regionalverband):	
Rentenversicherungsträger (DRV, Knappschaft):		Krankenversicherungsnummer:	
Sozial-/Rentenversicherungsnummer: <input type="checkbox"/> wurde beantragt		Art der Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Freiwillige Krankenversicherung	

☞ Weitere Personen der Bedarfsgemeinschaft bitte auf einem gesonderten Beiblatt aufführen.

1.4 Leben weitere Personen, als die unter Ziffer 2. angegebenen Personen im Haushalt/in der Wohnung?

☞ Eltern, Großeltern, Kinder über 25 Jahren, Verwandte oder Verschwägerete, sonstige Personen

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, (bitte Personendaten angeben)		↓ Verwandtschaftsverhältnis ↓
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	

2. Kosten für Unterkunft und Heizung (Mietwohnung/Eigenheim)

- Ich/wir habe(n) folgende **Aufwendungen für Unterkunftskosten**: (siehe **Punkt 2.1** oder **2.2**)
- Ich/wir wohne(n) **mietfrei** bei
- den Eltern**: _____
- bei**: _____
- Ich/wir führe/n dort einen eigenen Haushalt** nein ja
- Ich/ wir habe(n) **freies Wohnrecht** bei _____
(ggf. **Übergabevertrag** oder **sonstige Nachweise** vorlegen)

2.1 Bei Mietwohnung:



Bitte den **Mietvertrag** und bei Bedarf die vom Vermieter auszufüllende **Mietbescheinigung** vorlegen!

2.2 Bei Eigenheim:



Bitte Beiblatt „Wohneigentum“ ausfüllen!

2.3 Hat in den letzten 6 Monaten ein Wohnungswechsel stattgefunden?

- nein ja

Wenn ja, bitte letzte Anschrift sowie eine kurze Erläuterung (Grund) für den Umzug angeben:

2.4 Heizkosten

- Heizkosten werden als Vorauszahlung/Pauschale an den Vermieter gezahlt (s. Mietvertrag/ Mietbescheinigung)
- Ich/wir zahlen Heizkosten (Gas, Nachtspeicherstrom) direkt an einen Versorger (z.B. Rhönenergie).

Der derzeitige mtl. Zahlbetrag/die Abschlagsforderung beläuft sich auf _____ Euro.

☞ **Bitte fügen Sie einen aktuellen Nachweis (z.B. letzte Jahresabrechnung) bei.**

3. Einkommensverhältnisse

3.1 Haben Sie oder ein weiteres Mitglied der Bedarfsgemeinschaft laufendes Einkommen?

Arbeitslohn/Gehalt (auch Aushilfstätigkeit, Minijob) *1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
		Person/Name:	Betrag €
		Person/Name:	Betrag €
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit *2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Arbeitslosengeld (Agentur für Arbeit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
BAföG	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Ausbildungsgeld (Agentur für Arbeit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Rente (Alters-, Witwen/r-, Halb-, Waisenrente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Rente wegen Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Unfallrente/Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Unterhalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Unterhaltsvorschussleistungen (UVG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Elterngeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Wohngeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €

Leistungen nach dem SGB XII - Sozialhilfe -	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Sonstiges Einkommen (z.B. Ebayverkäufe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Person/Name:	Betrag €
Anmerkungen: bitte zu <u>allen</u> Einkommensarten Nachweise vorlegen oder angeben, dass sie beantragt wurden * 1) Verdienstnachweis über das Nettoeinkommen der letzten 3 Monate sowie Urlaubs- und Weihnachtsgeld oder ähnliche / sonstige Zuwendungen * 2) Einkommensteuerbescheide und Bilanzen inkl. Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) der abgeschlossenen letzten 2 Jahre sowie das Ergänzungsblatt „Erklärung Selbständigkeit Selbsteinschätzung“			

3.2 Sonstige bestehende Ansprüche ☞ Bitte Nachweise beifügen

Haben Sie derzeit Anträge auf Sozialleistungen gestellt, über die noch nicht entschieden wurde?
(z.B. Arbeitslosengeld, Elterngeld, Kindergeld, Rentenleistungen, Insolvenzgeld, usw.)

Nein Ja Art der Leistung: _____
Behörde und Aktenzeichen: _____

Haben Sie derzeit einen Antrag auf Einkommenssteuererstattung beim Finanzamt gestellt, über den noch nicht entschieden wurde?

Nein Ja Zuständiges Finanzamt: _____

Bestehen noch Ansprüche auf Arbeitslohn gegenüber Ihrem Arbeitgeber, welche Sie gerichtlich geltend machen bzw. geltend gemacht haben?

Nein Ja Zuständiges Arbeitsgericht: _____
Aktenzeichen: _____

3.3. Aufwendungen für Versicherungen
☞ Hinweis: Vermögensbildende Versicherungen (Lebensversicherung, Rentenversicherung, kapitalbildende Unfallversicherung, etc.) werden unter Punkt 4.1 aufgeführt

Art der Versicherung	Versicherungsträger	Versicherungsnummer
Hausratversicherung		
Haftpflichtversicherung		
Unfallversicherung		
Berufsunfähigkeitsversicherung		
Kfz-Haftpflichtversicherung (ohne Teil-/Vollkasko)		
Sonstige: _____		

☞ Bitte legen Sie jeweils den Versicherungsschein und die aktuelle Beitragsrechnung vor.

3.4 Berufsbedingte Aufwendungen

	Person/Name _____ Anschrift des Arbeitgebers: _____	Person/Name _____ Anschrift des Arbeitgebers: _____
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> eigener Pkw. <input type="checkbox"/> sonstiges:	Fahrtkosten _____ € <i>einfache</i> Fahrstrecke zum Arbeitsplatz _____ km Arbeitsstage/Woche:	Fahrtkosten _____ € <i>einfache</i> Fahrstrecke zum Arbeitsplatz _____ km Arbeitsstage/Woche:
Arbeitsmittel:		
Sonstiges:		

4.1 Vermögensverhältnisse

- Erklärung zum vorhandenen Vermögen (Selbstauskunft) -

Hinweis zur Erklärung:

Aufgrund der Pandemie-Situation durch das Corona-Virus können die Leistungen nach dem SGB II im Zeitraum 01.03.2020 bis 31.12.2020 über die Regelungen des § 67 SGB II im Rahmen eines vereinfachten Verfahrens gewährt werden.

Grundsätzlich werden die Leistungen nur gewährt, wenn bestimmte Vermögenswerte des Antragsstellers und der ggf. mit ihm zusammenlebenden Personen nicht überschritten werden. Die Vermögensgrenzen sind den Regelungen des § 12 SGB II zu entnehmen.

Hiervon wird für Leistungsbewilligungen im oben genannten Zeitraum über die Regelung des § 67 Abs. 2 SGB II eine Ausnahme gemacht. Ihnen können daher aktuell Leistungen gewährt werden, wenn Sie erklären, dass Sie und die ggf. mit Ihnen zusammenlebenden Personen über keine erheblichen Vermögenswerte verfügen.

In diesem Fall werden Ihnen SGB II-Leistungen für einen Zeitraum von sechs Monaten ohne weitere Vermögensprüfung gewährt. Ihr Vermögen bleibt in diesen sechs Monaten komplett unberücksichtigt. Nach Ablauf der sechs Monate erfolgt – unabhängig von Ihrer Erklärung – eine konkrete Vermögensprüfung im Einzelfall. Diese ist Grundlage für die Entscheidung über einen an die sechs Monate anschließenden SGB II-Leistungsanspruch. Hierfür fordern wir zu gegebener Zeit individuelle Nachweise zu den gegebenenfalls vorhandenen Vermögenswerten an.

Erklärung gem. § 67 Abs. 2 SGB II:

Die vorgemachten Ausführungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit, dass ich und die ggf. mit mir zusammenlebenden Personen meiner Bedarfsgemeinschaft über

- () **keine erheblichen* Vermögenswerte verfüge/n**, die mir/uns zur Sicherstellung meines/unseres Lebensunterhalts in der aktuellen Situation zur Verfügung stehen.
- () **erhebliche* Vermögenswerte verfüge/n**, die mir/uns zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes in der aktuellen Situation zur Verfügung stehen.

(Hinweis: Sofern Sie über erhebliches Vermögen verfügen, müssen wir eine detaillierte Vermögensprüfung durchführen. Hierfür benötigen wir konkrete Angaben und aktuelle Unterlagen zu allen vorhandenen Vermögenswerten. Inwieweit bei erheblichem Vermögen ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II besteht, muss im Einzelfall beurteilt werden.

***Erheblich ist sofort für den Lebensunterhalt verwertbares Vermögen der Antragstellerin/des Antragstellers über**

- **60.000 Euro** sowie über
- **30.000 Euro** für jede weitere Person in der Bedarfsgemeinschaft.

Beispiele: Girokonten, Sparbücher, Schmuck, Aktien, Lebensversicherungen.

Hierbei generell nicht zu berücksichtigen sind selbst genutztes Wohneigentum und Betriebsvermögen (bei Selbstständigkeit).

☞ Bitte legen Sie uns die Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller vorhandenen Girokonten vor.

4.2 Sind in dem Haushalt Kraftfahrzeuge (☞ Auto, Motorrad, Roller) vorhanden oder werden Ihnen diese von einem Dritten zum Gebrauch überlassen:

nein ja

Wenn ja:

Name des Halters: _____ Kennzeichen: _____

Fahrzeugtyp: _____ Baujahr: _____

Kilometerstand: _____ Geschätzter Wert: _____

Wenn ja:

Name des Halters: _____ Kennzeichen: _____

Fahrzeugtyp: _____ Baujahr: _____

Kilometerstand: _____ Geschätzter Wert: _____

Wenn ja:

Name des Halters: _____ Kennzeichen: _____

Fahrzeugtyp: _____ Baujahr: _____

Kilometerstand: _____ Geschätzter Wert: _____

☞ **bitte die Zulassungsbescheinigung(en) /Kraftfahrzeugschein(e) vorlegen**

4.3 Können sonstige Ansprüche geltend gemacht werden

☞ (z.B. aus Unfall-, Lebens-, Haftpflichtversicherungen, Erbansprüche, Übergabevertrag, Schadensersatz, Zugewinnausgleich, bestehendes Wohnrecht/Nießbrauchrecht, usw.)

nein ja, und zwar _____

☞ **wenn ja, bitte Nachweise vorlegen**

4.4 Wurde in den letzten 10 Jahren Vermögen (Grundbesitz, Wertpapiere, Geldvermögen) verkauft, verschenkt oder übergeben?

nein ja, und zwar _____

☞ **wenn ja, bitte Nachweise vorlegen**

5.1 Sind Sie und die unter Punkt 1.3 aufgeführten Personen, die älter als 14 Jahre sind, erwerbsfähig?

(falls Einschränkungen aufgrund Krankheit oder Behinderung bestehen, bitte Nachweise vorlegen)

Name:	Name:
<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten)
<input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten)	<input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten)
<input type="checkbox"/> nein , (kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten)	<input type="checkbox"/> nein , kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten)
Name:	Name:
<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten)
<input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten)	<input type="checkbox"/> eingeschränkt wg. Krankheit/Behinderung (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten)
<input type="checkbox"/> nein , (kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten)	<input type="checkbox"/> nein , (kann wg. Krankheit/Behinderung nicht tgl. 3 Stunden arbeiten)

☞ für weitere Personen bitte separates Blatt verwenden

5.2 Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung vor? nein ja

Name/Person:	Grad der Minderung in % <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:
Art der Schädigung:	Merkzeichen "G" vorhanden ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
☞ bitte Schwerbehindertenbescheid/Gleichstellungsbescheid vorlegen	

**5.3 Bestanden für Sie oder die in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen sozialversicherungs-
pflichtige Arbeitsverhältnisse in den letzten 2 Jahren?** nein ja ☞ Evtl. auf gesondertem Beiblatt aufführen, wenn der Platz nicht ausreicht.

Name/Person	von - bis	Arbeitgeber	Tätigkeit	Beendigungsgründe

**5.4 Befinden Sie sich oder die in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen derzeit in
Schulausbildung/einem Ausbildungsverhältnis oder Studium** nein ja ☞ Evtl. auf gesondertem Beiblatt aufführen, wenn der Platz nicht ausreicht.

Name/Person	von - bis	Schule/Ausbildungsbetrieb/Hochschule oder Universität

**5.5 Haben Sie oder die in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen eine abgeschlossene
Berufsausbildung oder einen Studienabschluss?** nein ja ☞ Evtl. auf gesondertem Beiblatt aufführen, wenn der Platz nicht ausreicht.

Name/Person	Berufsabschluss/Jahr	Studienabschluss/Jahr

6.1 Außerhalb des Haushaltes lebende Unterhaltspflichtige:

☞ getr. lebender/geschiedener Ehegatte, getr. lebender Lebenspartner nach dem LPartG, Kinder, Eltern, Vater / Mutter eines (nicht-) ehelichen Kindes etc.

1	Name	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschafts- verhältnis	Anschrift
Arbeitgeber/Sozialleistungsträger			Art und Höhe des Einkommens		Krankenkasse
2	Name	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschafts- verhältnis	Anschrift
Arbeitgeber/Sozialleistungsträger			Art und Höhe des Einkommens		Krankenkasse
3	Name	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschafts- verhältnis	Anschrift
Arbeitgeber/Sozialleistungsträger			Art und Höhe des Einkommens		Krankenkasse

6.2 Nur für Unterhaltsansprüche bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eheleuten

verheiratet seit _____ getrennt lebend seit _____ geschieden seit _____
Datum, Az., Name des Gerichts

- Bestehen vertragliche Regelungen zum Unterhalt? nein ja
- Bestehen anderweitige Unterhaltsansprüche? nein ja
- Welche gemeinsamen Vermögenswerte (z. B. Haus- und Grundbesitz, Sparbuch, Wertpapiere, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Forderungen gegen Dritte) sind vorhanden?

Wurde ein Rechtsanwalt mit der Durchsetzung der Unterhaltsansprüche beauftragt?

nein ja _____
Name, Anschrift

Wurde Unterhaltsklage eingereicht?

nein ja, das Verfahren läuft noch ja, das Verfahren ist bereits abgeschlossen

Die Unterhaltsregelung erfolgte durch

Urteil gerichtlichen Vergleich notariellen Vertrag freie Vereinbarung Verzicht

bitte Unterlagen vorlegen, ebenso laufenden Schriftverkehr und ggf. Scheidungs-/Unterhaltsurteil

6.3 Nur für Unterhaltsansprüche von nichtehelichen Kindern

Besteht eine **Urkunde** vom **Jugendamt zur Vaterschaftsfeststellung** und/oder zur **Unterhaltsfestsetzung** bzw. liegt **der Beschluss eines Gerichtes** zur **Vaterschaftsfeststellung** und/oder zur **Unterhaltsfestsetzung** vor? nein ja

Besteht eine **Beistandschaft** beim **Jugendamt** des Landkreises oder der Stadt Fulda? nein ja

Wenn ja, bitte entsprechende Unterlagen vorlegen

7. Wurde für Sie oder ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ein gesetzlicher Betreuer bestellt?

nein ja

Name und Anschrift des Betreuers:

Gericht und Aktenzeichen:

Die Betreuung erfolgt für folgende Lebensbereiche:

8. Stehen Änderungen in den persönlichen/wirtschaftlichen Verhältnissen bevor?

(z. B. Umzug, Arbeitsaufnahme, Rentenbeantragung, Ortsabwesenheit, Schwangerschaft, Aufenthalt in einer stationären Einrichtung/Rehainrichtung o.ä.)

9. Der Bescheid soll nicht an mich, sondern an folgende Person zugestellt werden:

z.B. an gerichtlich bestellten Betreuer etc. (Zu- und Vorname, Anschrift)

Allgemeine Hinweise:

Nach §§ 60 - 67 Sozialgesetzbuch, erstes Buch (SGB I) bin ich zur Mitwirkung verpflichtet. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung führen. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist. Bei der Vorlage von Kontoauszügen ist zu beachten, dass lediglich die Möglichkeit besteht, Ausgabebuchungen zu schwärzen, wobei das Buchungsdatum, Verwendungszweck (z.B. Spende, Mitgliedsbeitrag etc.) und Betrag sichtbar bleiben müssen. Empfängerdaten dürfen nur geschwärzt werden, wenn diese Angaben über die rassische oder ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse und philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben enthalten. Einnahmebuchungen dürfen nicht geschwärzt werden.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Weiterhin werden Personen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs überprüft, ob und in welcher Höhe und für welche Zeiträume von ihnen Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit oder der Träger der Unfall- oder Rentenversicherung oder durch andere Träger der Sozialhilfe bezogen wurden oder werden. Zusätzlich wird eine Überprüfung von erteilten Freistellungsaufträgen beim Bundesamt für Finanzen durchgeführt. Nach § 93 Absatz 8 Nr.1 der Abgabenordnung (AO) ist der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II ermächtigt, das Bundeszentralamt für Steuern zu ersuchen, bei den Kreditinstituten die nach § 93 Absatz 1 AO bezeichneten Daten abzurufen, soweit dies zur Überprüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich ist.

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffen, vollständig und richtig sind. **Änderungen, insbesondere der Familien-, Einkommens-, Aufenthalts- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel von mir und den Personen der Bedarfs- und Haushaltsgemeinschaft, werde ich unaufgefordert und unverzüglich dem Sozialleistungsträger mitteilen.**

Ich bin damit einverstanden, dass die – aufgrund meines Antrages – dem Kreisjobcenter Fulda vorliegenden Daten und Unterlagen, zur Leistungsberechnung nach dem SGB II verwendet werden dürfen.

Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Hiermit erklären die Unterzeichner je für sich, dass die den Antrag stellende Person als Mitglied der Bedarfsgemeinschaft berechtigt bzw. bevollmächtigt ist, in ihrem Namen Leistungen nach dem SGB II zu beantragen, für sich sämtliche Bescheide, die im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB II erlassen werden, sowie Leistungen entgegenzunehmen und maßgebliche Rechtsbehelfe einzulegen. (Vertretungsvermutung § 38 SGB II) Durch diese Erklärung werden sie nicht von ihrer Verpflichtung entbunden, alle für die Leistungsgewährung erforderlichen Änderungen mitzuteilen.

Durch die Unterschrift erklärt jede Person für sich, die Belehrung und Hinweise auf Seite 12 gelesen zu haben.

		Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme des zuständigen Trägers vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen in den Abschnitten: <input type="checkbox"/> Das Merkblatt zum „Datenschutz“ habe ich erhalten.
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller(in)	
Ort/Datum	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(e/in)/ gesetzlicher Vertreter(in) (falls Antragsteller minderjährig)	
Ort/Datum	Unterschrift volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	
Ort/Datum	Unterschrift volljährige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	Ort/Datum Unterschrift Antragsteller(in)/ Vertreter(in)

☞ Prüfen Sie bitte, ob Sie den Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben haben.

☞ Haben Sie alle Ja Nein Fragen beantwortet?

☞ Sind alle notwendigen Unterlagen beigelegt?

Nur vollständig **ausgefüllte** und **unterschriebene Anträge** können bearbeitet werden. Vermeidbare Rückfragen und Antragsrücksendungen **verlängern die Bearbeitungszeit**

BELEHRUNG ÜBER MITWIRKUNGSPFLICHTEN UND RECHTSFOLGEN

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat im Rahmen seiner Möglichkeiten gemäß §§ 60 ff SGB I an der Feststellung seines geltend gemachten Bedarfs **mitzuwirken**. Dazu gehört u.a., dass Sie alle Tatsachen aus Ihrem **persönlichen und finanziellen Bereich**, sowie alle **Änderungen bereits mitgeteilter Tatsachen** unaufgefordert und unverzüglich der Sozialbehörde **mitzuteilen** haben. Diese **Mitwirkungspflicht** bezieht sich auch auf **alle weiteren Haushaltsangehörigen**.

Mitzuteilen ist / sind insbesondere:

- Aufnahme bzw. Beendigung einer **Arbeit/Erwerbstätigkeit** (auch geringfügige Beschäftigungen bzw. "Mini-Jobs/450,00 €-Jobs")
- Beginn bzw. Beendigung einer **Ausbildung/Fortbildung/Umschulung**
- Änderungen in den **Einkommens- und Vermögensverhältnissen**
- Gewährung anderer Leistungen (**z.B. Arbeitslosengeld, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss**)
- Abschluss/Besitz/Auszahlung von **Lebensversicherung und Bausparvertrag** oder **sonstiger Vermögensanlagen**
- Geltendmachung von **Ansprüchen gegen Dritte (z.B. Unterhalt, Beantragung von Rente)**
- jeder **Wohnungswechsel/Zuzug** oder **Wegzug** eines Haushaltsangehörigen
- jede längere Abwesenheit (z.B. durch Kur, Krankenhausaufenthalt)
- der Besitz, Erwerb bzw. die Veräußerung eines **Kfz**
- Änderung des Familienstandes (**z.B. Heirat, Scheidung**)
- **Schwangerschaft bzw. Geburt** eines Kindes

Sie sind verpflichtet, auf Verlangen der Sozialbehörde **Beweismittel**, die zur Feststellung Ihres geltend gemachten Bedarfes notwendig sind, näher zu bezeichnen, **vorzulegen** oder der Vorlage/Übersendung durch Dritte zuzustimmen.

Wenn Sie als Hilfesuchender oder -empfänger von Sozialleistungen Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, oder durch fehlende oder unzureichende Mitwirkung die Aufklärung oder Feststellung des Sachverhaltes erheblich erschweren, kann die Sozialbehörde die Zahlung von Leistungen ganz oder teilweise **ablehnen**, oder die bereits zugesagte Hilfe **entziehen**.

Ein Bewilligungsbescheid, der auf von Ihnen gemachten **falschen oder unvollständigen Angaben** beruht, ist **rechtswidrig**. Überzahlte Leistungen werden nach Rücknahme des Bescheides von Ihnen **zurückgefordert**. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ist gem. § 263 Strafgesetzbuch (StGB) eine strafrechtliche Verfolgung wegen **Betruges** möglich.

Durch die Unterschrift auf Seite 11 dieses Antrages wird die Kenntnisnahme der Mitwirkungspflichten und Rechtsfolgen bescheinigt.

ALLGEMEINE HINWEISE

Welche Leistungen werden durch das SGB II abgedeckt und wer erhält diese?

Bestandteil der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II sind einerseits Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und andererseits Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes.

Die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, das ALG II/Sozialgeld, setzen sich aus Regelbedarfen, ggf. Mehrbedarfen, Kosten der Unterkunft und Heizkosten in angemessenem Umfang zusammen. Die Regelbedarfe umfassen insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und zur Teilnahme am kulturellen Leben. Gesonderte zusätzliche Leistungen kommen nur unter bestimmten Voraussetzungen und nur in wenigen, im Gesetz beschriebenen Bedarfssituationen in Betracht (Erstausstattung für die Wohnung bei erstmalige Gründung eines eigenen Hausstandes, Erstausstattung an Bekleidung, mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen).

Berechtigt zum Bezug dieser Leistung sind erwerbsfähige, hilfebedürftige Personen im Alter zwischen 15 Jahren und der gesetzlichen Altersgrenze sowie ggf. die mit ihnen zusammen lebenden Personen (Bedarfsgemeinschaft). Hilfebedürftig ist, wer seinen und den Lebensunterhalt der mit ihm zusammen lebenden Personen weder durch die Aufnahme einer zumutbaren Arbeit und den Einsatz von Einkommen oder Vermögen noch mit Hilfe anderer, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, sichern kann. Als mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zusammen lebende Personen werden der Partner (nicht dauernd getrennt lebender Ehegatte oder Lebenspartner bzw. die mit ihm in eheähnlicher Gemeinschaft lebende Person) sowie minderjährige, unverheiratete und bedürftige Kinder sowie volljährige und bedürftige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres berücksichtigt.

Wie erhalte ich die Leistungen?

Die Leistungen der Grundsicherung werden auf Antrag, ab dem ersten Tag des Monats der Antragstellung, erbracht. Sie werden nicht für Zeiten vor der Antragsstellung erbracht (betrifft auch die Leistungen der Eingliederung).

Zumutbarkeit von Arbeit

Als Empfänger von Leistungen sind Sie durch Gesetz verpflichtet, jede zumutbare Arbeit anzunehmen, zu der Sie geistig, seelisch und körperlich in der Lage sind (es sei denn, die Erziehung eines unter dreijährigen Kindes oder die Pflege eines Angehörigen hindern Sie).

Pflichtverletzungen, für die Sie keinen wichtigen Grund anführen können, haben empfindliche finanzielle Folgen. So kann z. B. für den, der eine ihm angebotene zumutbare Erwerbstätigkeit ablehnt oder keine eigenen Anstrengungen unternimmt, Arbeit zu finden, die Leistungen für drei Monate gekürzt werden.

Leistungsmissbrauch

Sollten Sie unvollständige bzw. falsche Angaben machen oder Änderungen nicht bzw. nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie gegebenenfalls zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückerstatten. Leistungsmissbrauch wird u.a. mit modernen Methoden der Elektronischen Datenverarbeitung auch in übergreifender Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Trägern – aufgedeckt und mit Nachdruck verfolgt und geahndet, um die Gemeinschaft der Steuerzahler zu schützen.

Leistungen für Bildung und Teilhabe

Die Leistungen für Bildung und Teilhabe können nach Vorlage weiterer Informationen erbracht werden. Bitte verwenden Sie hierfür das vorgesehene Beiblatt. Leistungen für Lernförderung sind gesondert zu beantragen. Die erforderlichen Vordrucke sind in der Servicestelle des Kreisjobcenters sowie in der Außenstelle Hünfeld erhältlich und stehen im Internet unter www.job-fulda.de zum Download bereit.

Datenschutzhinweise

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO für den SGB II - Bereich

Dieses Merkblatt dient zur Information, wie das Kreisjobcenter Fulda mit personenbezogenen Daten seiner Kundinnen und Kunden umgeht.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere nach den Regelungen der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) und der Sozialgesetzbücher.

1. Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie des/der Datenschutzbeauftragten

Verantwortlicher:
Landkreis Fulda
Der Kreisausschuss
vertreten durch den Landrat
Wörthstraße 15
36037 Fulda
Telefon (0661) 60 06 – 0
info@landkreis-fulda.de

Datenschutzbeauftragter:
Landkreis Fulda
Der Kreisausschuss
Datenschutz
Wörthstraße 15
36037 Fulda
Telefon (0661) 60 06 – 1920
datenschutzbeauftragter@landkreis-fulda.de

2. Verarbeitungszweck und Rechtsgrundlagen

a) Verarbeitungszweck

Das Kreisjobcenter Fulda verarbeitet Daten zum Zwecke seiner gesetzlichen Aufgabenerledigung nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) I, II, III und X. Das Kreisjobcenter Fulda ist nach Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zur Erbringung von Geld-, Sach- und Dienstleistungen verpflichtet. Dazu zählen Leistungen zur Beratung, Verringerung oder Beendigung der Hilfebedürftigkeit, insbesondere durch Aufnahme oder Beibehaltung einer Ausbildung oder Arbeit und Sicherung des Lebensunterhaltes. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten auch bei der Durchführung von Erstattungsansprüchen anderer Leistungsträger oder anderer Stellen sowie der Bekämpfung von Leistungsmissbrauch verarbeitet. Dies gilt auch für die Ausstellung von Bescheinigungen. Personenbezogene Daten werden zudem zu Statistikzwecken der Bundesagentur für Arbeit verarbeitet.

b) Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung durch das Kreisjobcenter Fulda erfolgt insbesondere §§ 67 ff. SGB X, SGB II i. V. m. Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c DSGVO sowie nach spezialgesetzlichen Regelungen. Darüber hinaus ist gemäß § 67 b SGB X i. V. m. Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a) DSGVO eine Datenverarbeitung auch zulässig, wenn die betroffene Person ihre Einwilligung erteilt hat.

3. Personenbezogene Daten

Insbesondere folgende Daten werden vom Kreisjobcenter Fulda verarbeitet:

a) Stammdaten und Kontaktdaten:

Das sind beispielsweise: Aktenzeichen, Bedarfsgemeinschaftsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Telefonnummer (freiwillige Angabe), E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe), Familienstand, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, Dauer des Aufenthaltstitels, Renten-/Sozialversicherungsnummer, Bankverbindung.

b) Daten zur Leistungsgewährung

Das sind beispielsweise: Einkommensnachweise, Vermögensnachweise, Leistungszeitraum, -höhe-, -art, Bedarfe der Unterkunft und Heizung, Daten zur Unterhaltsansprüchen/Regressansprüchen, Daten zu Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Daten zur Dauer und Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, Vollstreckungsdaten, Daten zum Verfahren nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG).

c) Daten zur Vermittlung/Integration in Arbeit

Das sind beispielsweise: Lebenslauf, Nachweise über Abschlüsse etc., Angaben zu Kenntnissen und Fähigkeiten, Qualifikation (schulische und berufliche), Leistungsfähigkeit, Motivation, Rahmenbedingungen (Mobilität, freiwillige Angaben: familiäre Situation, finanzielle Situation, Wohnsituation), Führerschein, Daten auf Grundlage der Beauftragung von Dritten (z. B. Maßnahmeträger, Ärztlicher Dienst, Rentenversicherungsträger, Berufspsychologischer Service), Dokumentation der Kundenkontakte sowie Entscheidungen z. B. in Form von Beratungs- und Vermittlungsvermerken, Daten zu Stellenangeboten, Stellengesuchen (soweit nicht anonymisiert) und ggBfs. Rückmeldungen der Arbeitgeber.

d) Gesundheitsdaten

Das sind beispielsweise: Daten für die Betreuung im Reha- Bereich, Begutachtungen sowie Stellungnahmen durch das Kreisgesundheitsamt Fulda, des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit oder des Medizinischen Dienstes der Renten- und Krankenversicherung, Daten für die Beauftragung der Deutschen Rentenversicherung zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, Daten zur Schwerbehinderung.

e) Forschungsdaten (Befragungsdaten) und Statistikdaten

Das sind beispielsweise: freiwillige Angaben: Zuwanderung, Aussiedler/Spätaussiedler, Zuwanderung der Eltern etc.

4. Empfänger

Die unter Ziffer 3 genannten Daten können zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenerledigung des Kreisjobcenters Fulda gem. §§ 68 – 77 SGB X an Dritte übermittelt werden wie beispielsweise: andere Sozialleistungsträger (z. B. Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung), Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Maßnahme-/Bildungsträger, Vertragsärzte, Zollbehörden, Finanzämter, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr (z. B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Verfassungsschutz), Gerichte, andere Dritte wie z. B. kommunale Ämter, Kfz-Zulassungsstelle, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für Steuern, Bundesrechnungshof, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Auftragsverarbeiter (z. B. IT-Dienstleister, Scandienstleister), Vermieter (bei Direktzahlungen der Mieten), Energieversorger (bei Direktzahlungen von Gas-/Stromabschlägen), Sucht- und Schuldnerberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), psychosoziale Beratung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), Schulen (nur mit Einwilligung des Betroffenen), externe Forschungsinstitute (nur bei Forschungsanträgen, die durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt wurden).

5. Datenverarbeitung und Dauer der Speicherung

Die personenbezogenen Daten werden im meist maschinellen Verfahren zur Berechnung der zustehenden Leistungen und für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit zugrunde gelegt. Das Kreisjobcenter Fulda setzt dabei technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um die personenbezogenen Daten gegen unbeabsichtigte oder unrechtmäßige Vernichtung, Verlust oder Veränderung sowie gegen unbefugte Offenlegung oder unbefugten Zugang zu schützen. Die Sicherheitsstandards entsprechen stets den aktuellen technologischen Entwicklungen.

Für Daten zur Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen nach dem SGB II besteht eine Speicherfrist von 10 Jahren nach Beendigung des Falles. Die gleiche Speicherdauer besteht für ärztliche Unterlagen, soweit diese für das Kreisgesundheitsamt Fulda vorgelegt wurden. Ein Fall ist dabei beendet, wenn die Hilfebedürftigkeit weggefallen ist oder aus anderen Gründen kein Anspruch mehr auf Leistungen nach dem SGB II besteht, es sei denn, es werden besondere Förderleistungen gewährt oder Rechtsstreitigkeiten sind

noch nicht abgeschlossen. Die Speicherfrist von 10 Jahren beruht auf der Möglichkeit der Rückforderung von Leistungen, wenn in diesem Zeitraum bekannt wird, dass Leistungen zu Unrecht gewährt wurden.

Ist eine Forderung des Kreisjobcenters Fulda (Rückforderung/ Erstattungsbescheid/ Darlehen) noch offen, werden die Daten gemäß den Vorschriften des SGB X, des Bürgerlichen Gesetzbuches und den Vorschriften der Zivilprozessordnung 30 Jahre lang aufbewahrt, weil erst dann die Ansprüche verjähren. Die Berechnung der Frist erfolgt je nach Vollstreckungsversuch.

Erfolgt eine Förderung durch den Europäischen Sozialfond, werden die Daten nach Beendigung des Falles 13 Jahre lang gespeichert. Diese Frist dient der Rechnungslegung gegenüber der EU und beruht auf EU-Regelungen (Art. 140 Verordnung (EU) Nr. 1303/2013).

6. Betroffenenrechte

Gem. der DSGVO bestehen verschiedene Rechte, Einzelheiten ergeben sich insbesondere aus § 83 SGB X i. V. m. Artikel 15 bis 18 und 21 der Verordnung.

a) Recht auf Auskunft

Sie können Auskunft über Ihre vom Kreisjobcenter Fulda verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. In Ihrem schriftlichen Auskunftsantrag sollen Sie Ihr Anliegen präzisieren, um dem Kreisjobcenter Fulda das Zusammenstellen der erforderlichen Daten zu erleichtern.

b) Berichtigung/Vervollständigung

Sofern nachgewiesen wird, dass die beim Kreisjobcenter verarbeiteten personenbezogenen Daten unrichtig oder unvollständig erfasst sind, werden diese nach Bekanntwerden unverzüglich berichtigt oder vervollständigt.

c) Löschung

Sofern nachgewiesen wird, dass personenbezogene Daten zu Unrecht verarbeitet wurden, wird unverzüglich die Löschung der betroffenen Daten veranlasst. Das gilt auch, wenn die Daten zur Aufgabenerledigung nicht mehr benötigt werden. Für die Beurteilung dieser Sachlage sind die Speicherfristen maßgebend, wobei Rechnungslegungsfristen oder Rückforderungsfristen (vgl. hierzu Punkt 4 Dauer der Speicherung) zu berücksichtigen sind.

7. Widerruf der Einwilligung

Werden Daten aufgrund Ihrer Einwilligung verarbeitet, kann die Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig.

8. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich an den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden, sofern Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen die gesetzlichen Grundlagen (SGB II, X und DSGVO) verstößt.

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 3163
65021 Wiesbaden
Telefon (0661) 1408 0
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

9. Automatisierte Entscheidungsfindung

Im Rahmen des Vermittlungsprozesses werden die Arbeitsplatzanforderungen mit den Kompetenzen eines Bewerbers automatisiert abgeglichen, um so eine passgenaue Vermittlung zu ermöglichen (sog. Matching).

Dabei werden u. a. folgende Kriterien herangezogen: Berufe, Ausbildung, Ausbildungsstellen, Arbeitszeit, Ausübungsorte, Eintrittstermin, Kenntnisse und Fertigkeiten, Sprachkenntnisse, Ausbildung, Befristung, Befristungsdauer, Behinderung (mit Einwilligung), Schulnoten, Führerscheine, Fahrzeuge (Mobilität), höchster Bildungsabschluss, Reise- und Montagebereitschaft, Wochenstunden, Berufserfahrung, Branche, Deutschkenntnisse, Unternehmensgröße. Je höher die Übereinstimmung der Kompetenzen mit den Anforderungen des Stellenangebotes ist, desto wahrscheinlicher ist ein entsprechender Vermittlungsvorschlag. Die Entscheidung, ob ein Vermittlungsvorschlag erstellt wird, trifft jedoch die Arbeitsvermittlerin oder der Arbeitsvermittler.

10. Datenquellen (öffentlich zugänglich)

Das Kreisjobcenter Fulda kann unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen personenbezogene Daten auch bei anderen öffentlichen und nicht öffentlichen Stellen oder Personen erheben. Dies können z. B. andere Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Ausbildungsbetriebe, Maßnahme-/Bildungsträger etc. sein. Weiterhin können personenbezogene Daten auch aus öffentlichen Quellen bezogen werden wie z. B. Internet, Melderegister, Handelsregister, Grundbuchämter usw.

11. Mitwirkungspflichten, Auskunftspflichten und Folgen der Nichtbeachtung

Wer Sozialleistungen (das sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen) im Kreisjobcenter Fulda beantragt hat oder erhält, ist zur Mitwirkung verpflichtet. Das bedeutet, dass die betroffene Person alle leistungsrelevanten Tatsachen angeben muss, ebenso Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die Auswirkungen auf die Leistungsgewährung haben können. Die Mitwirkungspflichten gelten auch im Rahmen von Vermittlungsleistungen. Zu den Mitwirkungspflichten zählen auch die Vorlage von entscheidungsrelevanten Unterlagen, die Zustimmung zur Auskunftseinholung bei Dritten, das persönliche Erscheinen beim zuständigen Leistungsträger sowie ggf. die Zustimmung zur Durchführung von ärztlichen oder psychologischen Untersuchungsmaßnahmen. Mit Mitwirkungspflichten ergeben sich aus §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Im Falle der Nichtbeachtung können Leistungen ganz oder teilweise versagt, entzogen oder sanktioniert werden.

12. Zweckänderung

Die Verwendung personenbezogener Daten zu einem anderen Zweck als dem Erhebungszweck ist nur im Rahmen der unter Ziffer 2 genannten Zwecke zulässig und sofern der neue Zweck mit dem Erhebungszweck kompatibel ist.