



## Antrag auf Leistung nach dem Landesteilhabegeldgesetz des Landes Brandenburg (LTeilhGG)

**für schwerbehinderte Menschen gem. § 2 Nr. 1 LTeilhGG Bbg aufgrund**

- Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich
- Verlust beider Hände
- Lähmungen oder gleichartige Behinderungen

**für blinde Menschen gem. § 2 Nr. 2 LTeilhGG Bbg**

- Blindheit
- blinden Menschen gem. § 72 Abs. 5 SGB XII gleichgestellte Personen

**für gehörlose Menschen gem. § 2 Nr. 3 LTeilhGG Bbg**

- angeborene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit
- bis zum 7. Lebensjahr erworbene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit
- später erworbene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und Grad der Behinderung von 100% wegen schwerer Sprachstörungen

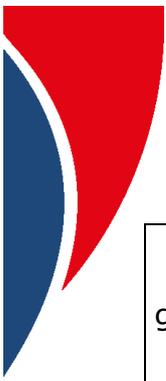
**für taubblinde Menschen gem. § 2 Nr. 4 LTeilhGG Bbg**

→ Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

### 1. Persönliche Verhältnisse der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltstitel (bitte Kopie beifügen)		
Wohnanschrift	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung/eigenes Haus (Miete oder Eigentum) <input type="checkbox"/> ambulant betreute Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung (-heim) <input type="checkbox"/> besondere Wohnform der Eingliederungshilfe	
	Anschrift	





ggf. zusätzlich	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich in teilstationärer Betreuung (z. B. Tagespflege, Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen o. ä.)	
	Anschrift	
Telefon (freiwillige Angabe)		
Emailadresse (freiwillige Angabe)		

## 2. Gesetzliche Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigte (Nachweis ist einzureichen)

Name	
Anschrift	
Telefon	

## 3. Angaben zur Schwerbehinderung (Nachweis ist einzureichen)

<input type="checkbox"/>	Es liegt noch kein Schwerbehindertenausweis vor.	
<input type="checkbox"/>	Ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt. Datum der Beantragung:	
<input type="checkbox"/>	Ein Schwerbehindertenausweis liegt vor.	
	<input type="checkbox"/> dieser ist unbefristet	<input type="checkbox"/> dieser ist befristet bis:
	Bewilligt wurden folgende Merkzeichen:	
	<input type="checkbox"/> BI (blind)	<input type="checkbox"/> GI (gehörlos), seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> TBI (taubblind)

## 4. Haben Sie bereits zuvor entsprechende Leistungen bezogen?

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja, es wurden Leistungen von folgender Stelle bezogen (Bescheid ist einzureichen):

## 5. Bezug von Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Leistungen wurden beantragt.
	Datum der Beantragung <input type="text"/>
	bei (Bezeichnung Stelle) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	ja (Bescheid ist einzureichen)

## 6. Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Leistungen wurden beantragt.
	Datum der Beantragung <input type="text"/>
	bei (Bezeichnung Stelle) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	ja (Bescheid ist einzureichen)





## 7. Bezug von Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung)

<input type="checkbox"/>	Ich erhalte keine Leistungen der Pflegekasse.		
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse wurden beantragt (auch Erst- bzw. Höherstufungsantrag).		
	Datum der Beantragung		
	beantragte Leistung		
<input type="checkbox"/>	Ich beziehe Leistungen der Pflegekasse. (Nachweis ist einzureichen)		
Einstufung in	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	
Art der Leistungen	<input type="checkbox"/> § 36 SGB XI - Pflegesachleistung	<input type="checkbox"/> § 37 SGB XI - Pflegegeld	
	<input type="checkbox"/> § 38 SGB XI – Kombinationsleistung	<input type="checkbox"/> stationäre Pflege	
Bei Beantragung und Bezug von Leistungen der Pflegekasse			
Name der Pflegekasse			
Mitgliedsnummer			
Anschrift			

## 8. Bezug von gleichartigen Leistungen wegen der diesem Antrag zugrundeliegenden Behinderung (Nachweis ist einzureichen)

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/> Entschädigungsleistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch - SGB XIV (Soziale Entschädigung)
	<input type="checkbox"/> Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung
	<input type="checkbox"/> Leistungen aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
	<input type="checkbox"/> Leistungen nach ausländischen Rechtsvorschriften
<input type="checkbox"/>	andere:

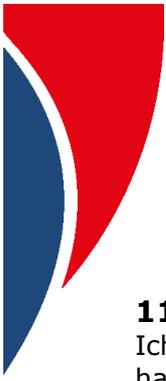
## 9. nahe Angehörige (nach § 8 Abs. 3 LTeilhGG z.B. Ehegatte, Eltern, Kinder)

Name	
Anschrift	
Verwandtschaftsverhältnis	

## 10. Bankverbindung

Name d. Kontoinhabers	
Geldinstitut	
IBAN	
BIC	





## 11. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist

bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und deswegen nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesteilhabegeldes maßgebend sind, insbesondere der Wechsel des Aufenthalts-/ Wohnortes, Bezug oder Änderung in der Höhe der Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften oder Aufnahme in eine Anstalt, Heim oder Einrichtung unverzüglich mitzuteilen habe. Ebenso verhält es sich bei der Änderung des Seh- und Hörvermögens.

Ort , Datum	Unterschrift Antragsteller/in oder des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten
-------------	--





## Informationspflichten bei der Erhebung von Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 DSGVO

### 1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Der Landkreis Märkisch-Oderland verarbeitet Daten von Ihnen im Zusammenhang mit

Leistungen nach dem Landesteilhabegeldgesetz Brandenburg (LTeilhGG BB).

Mit diesen Datenschutzhinweisen möchte der Landkreis Märkisch-Oderland Sie nachstehend gemäß Art. 13 DSGVO über die Verarbeitung Ihrer Daten informieren.

### 2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Name	Landkreis Märkisch-Oderland
Zusatz	Der Landrat
Straße	Puschkinplatz 12
Postleitzahl	15306
Ort	Seelow
Telefon	03346 850-0
Telefax	03346 420
E-Mail-Adresse	<a href="mailto:buero_landrat@landkreismol.de">buero_landrat@landkreismol.de</a>
Internet-Adresse	<a href="https://www.maerkisch-oderland.de">https://www.maerkisch-oderland.de</a>

### 3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Beauftragte für den Datenschutz ist erreichbar unter:

Name	Landkreis Märkisch-Oderland
Straße	Puschkinplatz 12
Postleitzahl	15306
Ort	Seelow
E-Mail-Adresse	<a href="mailto:datschutzbeauftragter@landkreismol.de">datschutzbeauftragter@landkreismol.de</a>

### 4. Verantwortliche Fachabteilung

Name	Landkreis Märkisch-Oderland
Amt	Sozialamt
Straße	Puschkinplatz 12
Postleitzahl	15306
Ort	Seelow
Telefon	03346 850-6501
E-Mail-Adresse	<a href="mailto:sozialamt@landkreismol.de">sozialamt@landkreismol.de</a>
Verantwortlicher	Amtsleiter/in



### 5.1 Zwecke der Verarbeitung

Ihre Daten werden erhoben, zur gesetzlichen Aufgabenerledigung, mithin zur Beratung und Prüfung eines Leistungsanspruches nach dem Landesteilhabegeldgesetz Brandenburg.

### 5.2 Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. c / Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO in Verbindung mit §§ 67 ff SGB X verarbeitet.

## 5. Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden

Der Landkreis Märkisch-Oderland verarbeitet folgende personenbezogene Daten von Ihnen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Kranken- und Pflegekasse, Kontoverbindung; Betreuer oder Bevollmächtigter
- Gesundheitsdaten zur beantragten Lesitung, Schwerbehinderung, Pflegegrad

## 6. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an:

Zur Abwicklung der Zahlung werden Name, Vorname, Anschrift und Kontoverbindung elektronisch an die Kreiskasse weitergeleitet.

## 7. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht geplant, Ihre personenbezogenen Daten an Dritte zu übermitteln.

## 8. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung bei für 10 Jahre nach Beendigung der Leistung gespeichert.

## 9. Betroffenenrechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen insbesondere folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Die Mitteilungspflicht an alle Empfänger, denen personenbezogene Daten offengelegt wurden, im Zusammenhang mit der Berichtigung oder Löschung

Name: Informationspflichten bei der Erhebung von Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 DSGVO	Nummer: MOL 10.20/0005	Version: 01.0
---	---------------------------	------------------



personenbezogener Daten oder deren Einschränkung der Verarbeitung erfolgt durch den Verantwortlichen (Art. 19 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

## 10. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landkreis Märkisch-Oderland durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

## 11. Beschwerderecht

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass ihre personenbezogenen Daten rechtswidrig verarbeitet werden.

Wenn Sie sich an die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht wenden möchten, können Sie sie wie folgt kontaktieren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht  
Dagmar Hartge  
Stahnsdorfer Damm 77  
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203/356-0  
Telefax: 033203/356-49  
E-Mail: [Poststelle@LDA.Brandenburg.de](mailto:Poststelle@LDA.Brandenburg.de)  
Internet: [www.lda.brandenburg.de](http://www.lda.brandenburg.de)