

Antrag auf Bewilligung

Gehörlosengeld nach dem Hessischen Landesgehörlosengeldgesetz (LGIGG)



Landeswohlfahrtsverband Hessen
 Fachbereich 203
 Kölnische Straße 30
 34117 Kassel

Antragseingang

- Bestandteile des Antrags sind**
- dieses Antragsformular,
 - beigefügte Kontoerklärung für die Auszahlung von Leistungen
 - Kopien beider Seiten vom Schwerbehindertenausweis
 - Kopien vom letzten Bescheid des Versorgungsamtes über die anerkannten Schwerbehinderungen
 - Kopien von Personalausweis oder Pass, ggf. Aufenthaltstitel

1. Angaben zur behinderten Person

1.1	Name	Geburtsdatum
1.2	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
1.3	Straße, Hausnummer	
1.4	PLZ	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme in der Einrichtung
1.5	Staatsangehörigkeit (Bitte Kopien des Personalausweises und bei ausländischer Staatsbürgerschaft auch eine Kopie des gültigen Aufenthaltstitels beifügen!)	

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: a) Verhältnis zur behinderten Person (Vater, Mutter, Sonstige)	
	b) Name und Vorname des anderen Elternteils	
2.3	Straße, Hausnummer	
2.4	PLZ	Wohnort
		Tel.-Nr. (tagsüber)

3. Weitere persönliche Angaben

3.1	Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder beantragt? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> (Bitte Kopien beider Seiten vom Schwerbehindertenausweis <u>und</u> vom letzten Bescheid des Versorgungsamtes beifügen!) beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Versorgungsamt _____
3.2	Erfolgt zurzeit eine Betreuung in einer Einrichtung? a) NEIN <input type="checkbox"/> (dann weiter ab Ziffer 3.3) JA <input type="checkbox"/> vollstationär in einem Pflege- bzw. Seniorenwohnheim JA <input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung oder einer besonderen Wohnform JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig in einer Schule JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig im Rahmen einer Berufs-/Umschulungsmaßnahme geplant <input type="checkbox"/> ab _____ Name, Anschrift der Einrichtung _____ Name, Anschrift der Kostenträgers _____
b)	Aufenthalt der letzten zwei Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung _____ von _____ bis _____ Straße, PLZ, Wohnort
c)	Werden in der Einrichtung Leistungen von einer Pflegekasse bezogen? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides der Pflegekasse beifügen!) Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Pflegekasse _____
3.3	Wurde bereits Gehörlosengeld in einem anderen Bundesland bezogen? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> von _____ bis _____ (Kopie des Einstellungsbescheides bitte beifügen!)
3.4	Die Behinderung ist ganz oder teilweise Folge (Bitte mindestens eine Folge ankreuzen!) <input type="checkbox"/> eines Unfalls <input type="checkbox"/> einer Berufserkrankung <input type="checkbox"/> einer sonstigen Erkrankung (z. B. angeboren)

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	Leistungen eines Unfallversicherungsträgers		
	NEIN <input type="checkbox"/>		
	JA <input type="checkbox"/> (Bitte Bescheidkopie beifügen!)		
	beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____		
5.2	Bezug von Leistungen vom Amt für Versorgung und Soziales (Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!) 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.		
	a) Werden eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Leistungen bezogen?		
	NEIN <input type="checkbox"/>		
	JA <input type="checkbox"/> nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG),		
	JA <input type="checkbox"/> nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG),		
	Name und Aktenzeichen des zuständigen Amtes für Versorgung und Soziales für den o.g. Leistungsbezug _____		
	b) Hat eine in häuslicher Gemeinschaft lebende angehörige Person (Eltern, Ehegatte oder Sonstige) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?		
	NEIN <input type="checkbox"/>		
	JA <input type="checkbox"/> Name und Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsbeziehenden Person _____		
5.3	Sonstige Leistungen aufgrund der Behinderung (ausländische Gehörlosenrenten/Bezüge o.ä.)		
	NEIN <input type="checkbox"/>		
	JA <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie des letzten Bewilligungsbescheides beifügen!)		

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

6. Erklärung der hörbehinderten 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.

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

7. 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.

8. Datenaustausch auf elektronischem Wege

Der Datenaustausch kann auf elektronischem Wege erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass die Unterlagen mit verschlüsselter E-Mail übermittelt werden.

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

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

10. Verweigerung der Einwilligung der Punkte 7 + 8

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 der Punkte 7 und 8 könnte das Antragsverfahren verlängern.

Ort, Datum

Unterschrift der behinderten Person - auch handgeführt ,
Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r
(Bei Anträgen für Minderjährige Unterschrift beider
Elternteile)

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

Kontoerklärung für die Zahlung von Leistungen durch den LWV Hessen

Die Leistung soll auf nachfolgende Kontoverbindung überwiesen werden:

1.	<input type="checkbox"/> Eigenes Konto der behinderten Person																								
IBAN:	<table border="1"><tr><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	D	E																						
D	E																								
Geldinstitut:	<input type="text"/>																								
<hr/>	<hr/>																								
Datum	Unterschrift behinderte Person, gesetzliche/r Vertreter/in, Bevollmächtigte/r																								

2.	<input type="checkbox"/> Fremdkonto (z.B. eines Familienangehörigen oder einer Pflegeeinrichtung - bitte Rückseite beachten)																								
Name, Vorname Kontoinhaber/Kontoinhaberin																									
<input type="text"/>																									
Anschrift																									
<input type="text"/>																									
IBAN:	<table border="1"><tr><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	D	E																						
D	E																								
Geldinstitut:	<input type="text"/>																								
<hr/>	<hr/>																								
Datum	Unterschrift behinderte Person, gesetzliche/r Vertreter/in, Bevollmächtigte/r																								

3.	Erklärung des Fremdkontoinhabers/der Fremdkontoinhaberin Mir/uns ist bekannt, dass Beträge, die nach dem Wegfall der gesetzlichen Voraussetzungen für die o. g. Leistungen zu Unrecht noch ausgezahlt werden (z. B. wegen Tod, Wegzug aus Hessen o. ä.), zurückgezahlt werden müssen. Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, derartige Umstände dem LWV Hessen umgehend mitzuteilen.	
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Datum	Unterschrift Kontoinhaber/in (Bei Anträgen für Minderjährige Unterschrift beider Elternteile)	ggf. Stempel der Pflegeeinrichtung

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

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

E-Mail-Kontakt mit dem LWV-Hessen

Auf Wunsch besteht 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.

Sie erhalten dann später von uns auf dem Postweg ein Passwort für den E-Mail-Schriftverkehr, welches Sie zum Öffnen unserer ersten Mail entsprechend verwenden müssen. Anschließend können Sie das Passwort Ihren Wünschen entsprechend auch ändern.

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 Taubblindengeld), bei Anträgen nach dem § 72 SGB XII (Blindenhilfe) und bei Anträgen nach dem Hessischen Landesgehörlosengeldgesetz (Gehörlosengeld) 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