**Vorblatt zum Antrag auf Leistungen Hilfe zur Pflege/Hilfe zur Weiterführung des Haushalts**

**Füllen Sie den Antrag** bitte **genau aus** und **fügen** Sie, wenn zutreffend, die nachfolgend **aufgelisteten Unterlagen** **in Kopie bei**.

zu I. „Persönliche Verhältnisse“

Vollmacht/Betreuungsurkunde (sofern eine Betreuung besteht)

Scheidungsurteil und Unterhaltsregelung (sofern eine Ehe geschieden wurde)

Schwerbehindertenausweis oder Bescheid über die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft

Bescheid über den Pflegegrad/Pflegekassenbescheid

zu II. a) „Erwerbseinkommen“

aktuelle Lohnabrechnung (bei unverändertem Lohn)

Lohnabrechnungen für 12 Monate (bei schwankender Lohnhöhe)

zu II. b) „Renteneinkommen“

aktueller Rentenbescheid/aktuelle Rentenanpassungsmitteilung

Bescheid bei Anspruch auf Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus Direktversicherung etc.

Nachweis zu ausländischer Rente

zu II. c) „Sonstiges Einkommen“

Wohngeldbescheid

Arbeitslosengeldbescheid

Bescheinigung über Werkstatteinkommen der letzten 12 Monate

Kindergeldbescheid (bei über 18-jährigen Kindern)

Blindengeldbescheid

Sonstige Nachweise über das Einkommen (z.B. anhand von Kontoauszügen)

Nachweis zu Unterhaltsansprüchen

zu III. „Vermögen“

Lückenlose Kontoauszüge der letzten drei Monate sowie des Monats Januar aller vorhandenen Konten (auch als Onlineauszüge mit Anfang- und Endbestand pro Monat)

Barbetrags- oder Taschengeldkonto

aktualisierte Sparbücher (letzter Nachtrag max. 3 Monate vor Antragstellung)

Spar- und Bausparverträge

Versicherungsscheine und aktueller Rückkaufswert von z.B. Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung, Riester Versicherung etc.

Fahrzeugschein/Zulassungsbescheinigung Teil B des Kfz, Angaben über den Kilometerstand, Sonderausstattung

zu VI. „Angaben zu Versicherungen, sonstigen Belastungen & anderen Verpflichtungen“

Police der Haftpflicht- und/oder Hausratversicherung sowie die aktuelle Anpassungsmitteilung

Kfz-Versicherung

Essen auf Rädern

**Angaben von Tatsachen**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen, Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§§ 66 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch SGB I). Als Folge fehlender Mitwirkung können die Leistungen versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I). Wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Tatsachen werden strafrechtlich verfolgt.

**Sozialdatenschutz**

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Erklärung**

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf gesonderten Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Über meine Mitwirkungspflicht, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff. SGB I wurde ich unterrichtet. Es besteht die Verpflichtung, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, die Aufnahme jeder Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) ist dem Amt für Soziale Angelegenheiten unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

**Bevollmächtigung**

1. Ich bevollmächtige folgende Person in meinen Sozialhilfe-Angelegenheiten für mich tätig zu werden:

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname | Telefon |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort) | |

1. Die an mich gerichtete Post soll an diese Person geschickt werden ja  nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Antragsteller/in

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte Rücksendung an:  Oberbergischer Kreis  Der Landrat  Amt für Soziale Angelegenheiten  Moltkestr. 42  51643 Gummersbach | Eingang Behörde (Stempel): |
| **Antrag auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen**  **Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII**  **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach dem 9. Kapitel SGB XII** | |

Bitte **beantworten Sie** im Folgenden **jede Position** mit „ja“ oder „nein“ bzw. kreuzen Entsprechendes an. Ein unvollständiges Antragsformular wird an Sie zurückgeschickt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Angaben zu den persönlichen Verhältnissen** | | |
|  | **Antragsteller/in** | In der Haushaltsgemeinschaft lebende/r Ehegatte/in, eingetragene/r Lebenspartner/in, Lebensgefährte/in, Kind |
| Name, Vorname  (ggf. Geburtsname) |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Geburtsort |  |  |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort |  |  |
| Telefon-/  Handynummer |  |  |
| Beruf |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |
| Bei ausländischer Staatsangehörigkeit Datum der Einreise und Aufenthaltsstatus | Einreise:  Duldung: ja  nein  Niederlassungserlaubnis: ja  nein  Aufenthaltserlaubnis: ja  nein | Einreise:  Duldung: ja  nein  Niederlassungserlaubnis: ja  nein  Aufenthaltserlaubnis: ja  nein |
| Familienstand | ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft  seit: | ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft  seit: |
| Ehe geschieden? | ja  nein  bei ja, bitte Kopie des Urteils beifügen |  |
| Schwerbehinderten-ausweis | ja  nein  bei ja, bitte Kopie beifügen | ja  nein  bei ja, bitte Kopie beifügen |
| Kranken- und Pflegeversicherung | gesetzlich  freiwillig  privat  familienversichert  keine Krankenversicherung | gesetzlich  freiwillig  privat  familienversichert  keine Krankenversicherung |
| Kosten der bisherigen  Unterkunft | Kaltmiete :  Heizkosten:  Nebenkosten: | |
|  | | |
| **Angaben zur gesetzlichen Betreuung oder Bevollmächtigung** | | |
| Name, Vorname |  |  |
| Anschrift |  |  |
| Telefon-/  Handynummer |  |  |
| E-Mail |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leben weitere Personen in der Wohnung?** ja  nein  wenn ja, bitte folgende Angaben: | | |
| Name, Vorname | Geburtsdatum/Geburtsort | Verhältnis zum Antragsteller (z. B. Eltern, Lebenspartner eines Elternteils, Kind o. ä.) |
| Beruf:  Arbeitgeber:  Monatliches Netto-Einkommen in €: | |  |
| Name, Vorname | Geburtsdatum/Geburtsort | Verhältnis zum Antragsteller (z. B. Eltern, Lebenspartner eines Elternteils, Kind o. ä.) |
| Beruf:  Arbeitgeber:  Monatliches Netto-Einkommen in €: | |  |

Bei weiteren Personen bitte auf gesondertem Blatt aufführen!

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kinder, Elternteil, getrennt lebende oder geschiedene Ehegatte/Lebenspartner, die außerhalb der Wohnung leben** | | | | | |
| Es gibt Kinder, Elternteile, getrennt lebende oder geschiedene Ehegatte/Lebenspartner, die außerhalb der Wohnung leben: ja  (bitte in die Liste eintragen und ggf. Beiblatt beifügen) nein | | | | | |
| Familienname, Vorname | Geb.-Datum | Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Kind, geschiedener Ehegatte) | Anschrift | Beruf bzw. derzeit ausgeübte Tätigkeit | Es wird vermutet, dass das Jahresbruttoeinkommen dieser Person 100.000,00 € überschreitet |
|  |  |  |  |  | ja  nein |
|  |  |  |  |  | ja  nein |
|  |  |  |  |  | ja  nein |
|  |  |  |  |  | ja  nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Einkommen (aus dem In- und Ausland)** | | | |
| 1. **Erwerbseinkommen (aus dem In- und Ausland)** | | | |
|  |  | **Antragsteller/in** | **Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kind** |
| Aus selbstständiger Arbeit | ja  nein | jährlich       € | jährlich       € |
| Aus nichtselbstständiger Arbeit | ja  nein | monatlich       € | monatlich       € |
| Andere einmalige Zuwendung | ja  nein | € | € |
| 1. **Renteneinkommen (auch aus dem Ausland; z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, Alters-, Unfall-, Betriebs- , Zusatz-, Witwen- und Waisenrente, landwirtschaftliches Altersgeld, sonstige Renten, Pension)** | | | |
|  | | **Antragsteller/in** | **Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kind** |
| Art: | | € | € |
| Art: | | € | € |
| Art: | | € | € |
| 1. **Sonstiges Einkommen (aus dem In- und Ausland)** | | | |
|  | | **Antragsteller/in** | **Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kind** |
| Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) | ja  nein | € | € |
|  | | **Antragsteller/in** | **Ehegatte/in,**  **Lebensgefährte/in, Kind** |
| Wohngeld | ja  nein | € | € |
| Blindengeld | ja  nein | € | € |
| Unterhalt | ja  nein | von  monatlich       € | von  monatlich       € |
| Waisengeld | ja  nein | € | € |
| Leistungen für Kinder (Kindergeld, Unterhalt, Kinderzuschlag etc.) | ja  nein | Art:             €  Art:             € | Art:             €  Art:             € |
| Kapitalerträge (z.B. Zinsen) | ja  nein | €        € | €        € |
| Mieteinnahmen | ja  nein | Kaltmiete       €  Nebenkosten       €  Heizkosten       € | Kaltmiete       €  Nebenkosten       €  Heizkosten       € |
| Pachteinnahmen | ja  nein | € | € |
| Sonstige Einkünfte | ja  nein | Art:        € | Art:        € |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Vermögen (im In- und Ausland)** | | | | | |
|  |  | **Antragsteller/in** | | **Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kind** | |
| Bargeld | ja  nein | Betrag       € | | Betrag       € | |
| Bank/Sparguthaben  (Girokonto, Sparbuch, Genossenschaftsanteile, etc.) | ja  nein | Bezeichnung  Betrag       € | | Bezeichnung  Betrag       € | |
| Bezeichnung       €  Betrag       € | | Bezeichnung  Betrag       € | |
| Bezeichnung       €  Betrag       € | | Bezeichnung  Betrag       € | |
| Bezeichnung       €  Betrag       € | | Bezeichnung  Betrag       € | |
| Wertpapiere | ja  nein | Betrag       € | | Betrag       € | |
| Depot Nr. |  | |  | |
| Bestattungsvorsorge | ja  nein | € | | € | |
| Geldanlage, Lebens-, Kapitalversicherung, Bausparvertrag | ja  nein | Vertragsnr.  Betrag       € | | Vetragsnr.  Betrag       € | |
| Vetragsnr.  Betrag       € | | Vertragsnr.  Betrag       € | |
| Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester-Rente) | ja  nein | Betrag       € | | Betrag       € | |
| Vertrags-Nr. |  | |  | |
| Kraftfahrzeug/Motorrad/ Kleinkraftrad, etc. | ja  nein | Typ  Kennzeichen | | Typ  Kennzeichen | |
| Haus- und Grundbesitz im In- und Ausland (auch Miteigentum) | ja  nein | Eigentumswohnung  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  land- und forstwirtschaftl. Grundbesitz  unbebautes Grundstück  sonstiger Grundbesitz  (bitte auf Beiblatt erläutern)  Anschrift sowie Flur und Flurstücksnummer: | | Eigentumswohnung  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  land- und forstwirtschaftl. Grundbesitz  unbebautes Grundstück  sonstiger Grundbesitz  (bitte auf Beiblatt erläutern)  Anschrift sowie Flur und Flurstücksnummer: | |
|  |  | **Antragsteller/in** | | **Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kind** | |
| Sonstiges Vermögen  (auch im Ausland) | ja  nein | Art angeben, (z.B. Wertgegenstände, Sammlungen, Schmuck Forderungen, Patentrechte und Zuwendungen) | | (geschätzten) Wert angeben        € | |
|  | | | | | |
| 1. **Angaben zu nicht realisierten Ansprüchen gegenüber Dritten**   (soweit sie nicht bereits beim Einkommen erfasst sind) | | | | |
|  |  | | **Antragsteller/in** | **Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kind** |
| Sonstige Ansprüche gegen Dritte: z.B. Erbansprüche, Schadensersatzansprüche, Ansprüche aus Übertragungsverträgen (Wohnrecht, Nießbrauch, Pflege, Leibrenten etc.), Beihilfeanspruch, Lohnforderung, Unterhalts-sicherung, Lastenaus-gleichsleistungen, Entschädigungsrente, Häftlingshilfe | ja  nein | | Art             €  Art             €  Art             € | Art             €  Art             €  Art             € |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Wurde Vermögen in der Vergangenheit verschenkt, sonst übertragen oder zur Schuldentilgung Dritter verwendet?** (ggf. Beiblatt beifügen) | | | | | | |
| ja  nein | | | | | | |
| Falls ja, wann | |  |  | |  | |
| Verwendungszweck | |  |  | |  | |
| Anschrift Empfänger | |  |  | |  | |
| Vermögensart/Wert in € | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
| 1. **Angaben zu Versicherungen, sonstigen Belastungen und anderen Verpflichtungen** | | | | | | | |
|  |  | | | **Antragsteller/in** | | **Ehegatte/ in, Lebensgefährte/in** | |
| Haftpflichtversicherung | ja  nein | | | € | | € | |
| Hausratversicherung | ja  nein | | | € | | € | |
| Altersvorsorgebeiträge | ja  nein | | | € | | € | |
| Sonstiges | ja  nein | | | Art             €  Art             € | | Art             €  Art             € | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Fragen zur Klärung der Zuständigkeit** | | |
| Wurde bereits früher Sozialhilfe/Grundsicherung gewährt? | ja  nein | vom       bis  Anschrift Behörde: |
| Wann, woher und aus welchem Grund erfolgte der Umzug hierher? |  | |
| Beziehen Sie aktuell Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX? | ja  nein | Anschrift Behörde: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Fragen zu den beantragten Leistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII** | | | | | |
| Welcher Pflegegrad liegt bei Ihnen vor?  (**bitte Nachweis beifügen, bei häuslicher Pflege bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes beifügen!**) | PG 1 | PG 2 | PG 3 | PG 4 | PG 5 |
| Ggf. Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung/Ambulant betreuten Wohngemeinschaft |  | | | | |
| Datum der Aufnahme |  | | | | |
| Wurde die örtliche Pflegeberatung bereits kontaktiert? | ja  nein | | | | |
| **Bei häuslicher Pflege:** | **Bitte Formular „Zusatzangaben zum Antrag auf Gewährung von Hilfen zur häuslichen Versorgung“ zusätzlich ausfüllen und einreichen!** | | | | |
| **Bei vollstationärer Pflege in einer Einrichtung in NRW:** | **Bitte Pflegewohngeldantrag zusätzlich ausfüllen und einreichen!** | | | | |
| **Bei Aufnahme in einer Ambulant betreuten Wohngemeinschaft:** | **Bitte folgende Unterlagen beifügen:**   * **Bescheid der Pflegekasse über die Bewilligung des Wohngruppenzuschlags** * **beidseitig unterschriebener Miet- und Betreuungsvertrag** | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Bankverbindung** |
| Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an:  Geldinstitut:       BIC:  IBAN: DE                         Kontoinhaber:  Meine Hilfezahlung wird auf das v. g. Konto überwiesen. Ich ermächtige hiermit das v .g. Geldinstitut überzahlte Beträge auf Anforderung des Sozialhilfeträgers zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt. |

|  |
| --- |
| 1. **Unterschrift** |
| Den Antrag auf Sozialhilfe mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.  Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Soziale Angelegenheiten mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.  Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe.     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Datum** | **Vor- und Nachname** | **Unterschrift** | |  |  |  | |  |  |  | |

**Informationen nach Art. 13, 14 und 21 der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

**Leistungen nach dem SGB XII - Sozialhilfe**

Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte

Mit diesen Datenschutzhinweisen werden Sie gemäß der geltenden europäischen Datenschutzgrundverordnung über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie über die Ihnen zustehenden Rechte informiert.

Diese Hinweise werden soweit erforderlich aktualisiert und unter www.obk.de veröffentlicht. Dort finden Sie auch unsere Datenschutzhinweise für den Besuch der Webseite.

**1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich, und an wen können Sie sich wenden?**

Verantwortlicher:

Oberbergischer Kreis

Der Landrat

Amt für Soziale Angelegenheiten

Moltkestr. 42

51643 Gummersbach

Datenschutzbeauftragter:

Anschrift wie oben: „Datenschutzbeauftragter" E-Mail: datenschutz@obk.de

**2. Welche Quellen und Daten werden genutzt?**

Es werden Daten verarbeitet, die der Oberbergische Kreis von Ihnen erhält oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften erhebt.

**3. Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?**

Im Nachfolgenden werden Sie über die Zwecke sowie die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung informiert.

• Verarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) DSGVO)

Sie haben eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten erteilt. Sie können Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies gilt auch für

Einwilligungserklärungen, die Sie vor Inkrafttreten der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, erteilt haben. Der Widerruf wirkt nur für zukünftige Verarbeitungen.

• Verarbeitung aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c) DSGVO)

Als kommunale Gebietskörperschaft unterliegt der Oberbergische Kreis den nachfolgend genannten gesetzlichen Vorschriften, die eine Datenverarbeitung erfordern:

SGB XII.

**4. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?**

Die personenbezogenen Daten werden gelöscht bzw. gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt oder eine gesetzlich vorgeschriebene Sperrfrist abläuft, es sei denn, Sie haben die Einwilligung zu einer länger andauernderen Speicherung erteilt.

**5. Wer bekommt Ihre Daten?**

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt aufgrund folgender gesetzlicher oder vertraglicher Grundlage:

SGB XII an die in den Gesetzen genannten Stellen.

**6. Werden Daten in Länder außerhalb der EU oder an internationale Organisationen übermittelt?**

Eine Weitergabe Ihrer Daten in Länder außerhalb der EU oder an internationale Organisationen erfolgt nicht.

**7. Besteht für Sie eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?**

Die Bereitstellung der Daten ist im Rahmen des behördlichen Antragsverfahrens aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorgeschrieben. Falls Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann die begehrte Leistung versagt oder entzogen werden.

**8. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?**

Grundsätzlich erfolgt keine Entscheidung, die ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten erfolgt.

**9. Inwieweit werden Ihre Daten für die Profilbildung genutzt?**

Ihre Daten werden nicht zur Profilbildung verwendet, d. h. die automatisierte Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, um bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten, zu analysieren oder vorherzusagen, erfolgt nicht.

**10. Welche Datenschutzrechte haben Sie?**

Sie haben unter den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Außerdem haben Sie ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde

(Art. 77 DSGVO)