

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

Landratsamt Vogtlandkreis Sozialamt Postplatz 5 08523 Plauen	<b>Prüfung Mehrbedarf für gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in einer WfbM oder im Rahmen vergleichbarer tagesstrukturierender Angebote</b>	<b>Anlage A 10</b>
---	---	------------------------

Eingangsstempel

**Antragsteller:**

<b>Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	

Nur ausfüllen bei Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder vergleichbarer tagesstrukturierender Angebote in anderen Einrichtungen!

	Nachfragende Person	Ehegatte (in)/ Lebenspartner (in)/ Lebensgefährte (in)/
Sie erhalten eine kostenfreie Mittagsverpflegung in der WfbM oder Essensgeld?	Ja                  Nein	Ja                  Nein
Sie haben eine:	5-Tage-Arbeitswoche 4-Tage-Arbeitswoche 3-Tage-Arbeitswoche 2-Tage-Arbeitswoche 1-Tag-Arbeitswoche	5-Tage-Arbeitswoche 4-Tage-Arbeitswoche 3-Tage-Arbeitswoche 2-Tage-Arbeitswoche 1-Tag-Arbeitswoche
Name und Anschrift des Leistungsanbieters ggf. abweichende Einrichtung/Ort der Einnahme der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung:		
Sie nehmen an dem von der Werkstatt angebotenen gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung:	grundsätzlich teil nur an      Tagen pro Woche nicht teil	grundsätzlich teil nur an      Tagen pro Woche nicht teil

Anlage A 10 - 01/2020

## Nachfolgende Ausführungen zur Beachtung

Grundlegende Änderungen bezüglich der Inanspruchnahme der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung sind umgehend – im Voraus – mitzuteilen.

Beispiele:

- Änderung der wöchentlichen Arbeitstage in der Werkstatt, an denen an der Mittagsverpflegung teilgenommen wird.
- längere Abwesenheiten (z.B. aufgrund von Krankheit, Kur- oder Krankenhausaufenthalte, Schließungszeiten etc.) – ab zwei Wochen

Ich habe diesen Hinweis zur Kenntnis genommen und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

### Abschluss einer Vereinbarung

Die Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung ist vertraglich mit dem Anbieter zu vereinbaren und nachzuweisen.

Mir ist bekannt, dass meine fehlende Mitwirkung die Versagung der Leistungen zur Folge haben kann (§ 66 SGB I).

### Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten sowie eine direkte Kommunikation mit meinem jeweiligen Leistungserbringer bzw. Vertragspartner (telefonisch, schriftlich durch Übersendung von Unterlagen auch per Fax) erfolgen darf.

Ich habe das Recht, diese Einwilligungserklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax erfolgen.

### Hinweis zum Datenschutz

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit der Prüfung erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Daten teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§118 SGB XII). Ich habe Kenntnis von den Datenschutzrechtlichen Informationen des Sozialamtes nach Artikel 13 Abs. 1 und 2 sowie Artikel 14 Abs. 1 und 2 der Datenschutzgrundverordnung.

**Die Vereinbarung/der Vertrag mit dem Anbieter der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung liegt bei.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in bzw.  
gesetzlicher Vertreter / Betreuer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten /  
Lebenspartners / Lebensgefährten