

## Wichtige Hinweise zum Antrag auf Leistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem SGB XIV entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – auszufüllen.

Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die zum Tod des Verstorbenen geführten Gesundheitsstörungen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, können die beantragten Leistungen ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

Nach § 120 SGB XIV und § 116 SGB X geht der Anspruch auf Schadenersatz im Umfang der nach dem SGB XIV zu bewilligenden Leistungen auf den Kostenträger der Sozialen Entschädigung über.

### **Wer kann Leistungen für Hinterbliebene nach dem SGB XIV erhalten?**

Leistungen für Hinterbliebene können Witwen, Witwer, Waisen, Eltern sowie Betreuungsunterhaltsberechtigte erhalten.

#### Witwen / Witwer

Witwen und Witwer sind die überlebenden Ehegatten der verstorbenen Person. Die Leistungen werden erhöht, wenn im Haushalt der Witwe / des Witwers minderjährige Kinder leben, die monatliche Entschädigungszahlungen für Waisen nach dem SGB XIV erhalten. Der Anspruch erlischt, wenn die Witwe / der Witwer erneut heiratet. Die Regelung für Witwen und Witwer gelten entsprechend für hinterbliebene eingetragene Lebenspartner und Lebenspartnerinnen.

#### Waisen

Waisen sind Kinder der verstorbenen Person. Neben den leiblichen Kindern können auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder Leistungen erhalten. Leistungen werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erbracht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, sofern sich die Waise in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, einen Freiwilligendienst absolviert oder aufgrund einer Behinderung außerstande ist sich selbst zu unterhalten.

#### Eltern

Eltern sind Mutter und Vater der verstorbenen Person. Dies können sowohl die leiblichen Eltern(teile) als auch Adoptiveltern sein. Stief- und Pflegeeltern können Leistungen für Hinterbliebene erhalten, wenn sie die verstorbene Person unentgeltlich unterhalten haben. Großeltern können Leistungen für Hinterbliebene erhalten, wenn die verstorbene Person ihnen Unterhalt geleistet hat.

Leistungen können frühestens gewährt werden, wenn die verstorbene Person das 18. Lebensjahr vollendet hätte und der Elternteil voll erwerbsgemindert im Sinne des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, aus anderen Gründen eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann oder das 60. Lebensjahr vollendet hat.

#### Betreuungsunterhaltsberechtigte

Betreuungsunterhaltsberechtigte sind Partner der verstorbenen Person, die mit diesem bis zum Tod in einer eheähnlichen Gemeinschaft mit einem gemeinsamen Kind gelebt haben. Voraussetzung ist, dass der hinterbliebene Partner nach dem Tod der verstorbenen Person zur Betreuung des Kindes auf eine Erwerbstätigkeit verzichtet. Der Anspruch besteht für die ersten drei Lebensjahre des Kindes.

#### **Hinweise zu Schnellen Hilfen**

Wenn Sie wegen der Gewalttat an psychischen Problemen leiden, können Sie sich an eine von uns anerkannte Traumaambulanz wenden. Die Kontaktdaten erhalten Sie von uns oder über [www.lvr.de](http://www.lvr.de) / [www.lwl.org](http://www.lwl.org). Hier können Erwachsene auf Antrag fünf, Kinder und Jugendliche acht Stunden in einer Traumaambulanz als psychotherapeutische Intervention wahrnehmen. Bei Bedarf können auf Antrag bis zu zehn weitere Behandlungsstunden in Anspruch genommen werden.

Sie können bei Bedarf auch Unterstützung durch das Fallmanagement erhalten. Der Fallmanager oder die Fallmanagerin kann Sie im Antrags- und Leistungsverfahren unterstützen und begleiten.

## Antrag auf Leistungen für Hinterbliebene von Impfgeschädigten nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

An den  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Amt für Soziales  
Entschädigungsrecht  
Von-Vincke-Str. 23-25  
48153 Münster

Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde

### I Angaben zur antragstellenden Person

Ich stelle einen Antrag als

- Witwe / Witwer     
  (Halb-)Waise     
  Elternteil  
 Betreuungsunterhaltsberechtigter     
  Sonstiges:

Frau       Herr       Divers

**1. Name, Vorname**

Geburtsname oder früherer Name

**2. Geburtsdatum**      Geburtsort

      

**3. Staatsangehörigkeit**      deutsch      andere

      

**4. Freiwillige Angaben** | Telefonnummer      E-Mail-Adresse

      

**5. Familienstand**      seit (Datum)      Anzahl der Kinder

            

**6. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt**

Straße und Hausnummer      Postleitzahl      Ort

7. **Gesetzliche/r Vertreter\*in** ODER **Bevollmächtigte\*r** ODER **Betreuer\*in**

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellsurkunde oder eine unterschriebene Vertretungsvollmacht bei.

## II Angaben zur verstorbenen Person

1. **Name, Vorname**

Geburtsname oder früherer Name

2. **Geburtsdatum**

Geburtsort

3. **Sterbedatum**

Sterbeort

4. **Staatsangehörigkeit**

deutsch

andere

5. **Letzter Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

6. **Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod Leistungen der Sozialen Entschädigung bezogen?**

Ja, von folgender Behörde:

unter Aktenzeichen:

Nein

## III Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwe / Witwer“ auszufüllen)

*Bitte fügen Sie eine Kopie der Eheurkunde bei.*

1. **Datum der Eheschließung**

Ort der Eheschließung

2. **Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?**

Ja

Nein

3. **Haben Sie nach dem Tod der verstorbenen Person wieder geheiratet?**

Ja

Nein

4. **Leben in Ihrem Haushalt Kinder, die eine monatliche Entschädigungszahlung für Waisen nach dem SGB XIV beziehen / beantragt haben?**

Ja, bitte Aktenzeichen abgeben:

Nein

## IV Angaben für (Halb-)Waisen (nur bei Auswahl „Waise“ auszufüllen)

1. Sofern Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, kreuzen Sie bitte nachfolgend, die für Sie zutreffenden Angaben an:

- Ich befinde mich in einer Schul- oder Berufsausbildung.
- Ich bin bei einer Agentur für Arbeit im Inland als Arbeitssuchender gemeldet.
- Ich absolviere ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr.
- Ich absolviere einen Bundesfreiwilligendienst.
- Ich absolviere einen sonstigen Freiwilligendienst:
- Bei mir liegt eine anerkannte Behinderung vor.
- Nichts ist zutreffend.

Bitte fügen Sie einen Nachweis über die oben gemachten Angaben bei (z. B. Ausbildungsvertrag, Schulbescheinigung, Immatrikulationsbescheinigung, Schwerbehindertenausweis).

## V Angaben für Eltern (nur bei Auswahl „Eltern“ auszufüllen)

1. Angaben zum Elternchaftsverhältnis zur verstorbenen Person

- Leiblicher Elternteil  Stiefelternanteil
- Pflegeelternanteil  Großelternanteil

2. Bitte kreuzen Sie bitte nachfolgend, die für Sie zutreffenden Angaben an

- Ich bin voll erwerbsgemindert im Sinne des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.
- Ich kann keine Erwerbstätigkeit ausüben.
- Ich habe das 60. Lebensjahr vollendet.

Bitte fügen Sie ggf. einen Nachweis über die oben gemachten Angaben bei (z.B. Kopie des Rentenbescheides).

3. Angaben zum anderen Elternteil  
Name, Vorname

Geburtsname oder früherer Name

Geburtsdatum

Geburtsort

ggf. Sterbedatum

Sterbeort

Staatsangehörigkeit

deutsch andere

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

## VI Angaben für Betreuungsunterhaltsberechtigzte (nur bei Auswahl „Betreuungsunterhaltsberechtigter“)

### 1. Angaben zum gemeinsamen Kind

Name, Vorname

Geburtsname oder früherer Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

## VII Angaben zur Schutzimpfung\*

### 1. Tag (Datum) und Ort der Schutzimpfung

### 2. Art der Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe

Name des verwendeten Impfstoffes

### 3. Aus welchem Grund erfolgte die Impfung?\*

Grundimmunisierung Säugling/Kinder/Jugendliche

Standard-/Auffrischung Erwachsene

Schwangerschaft

Reisevorsorge

Reiseziel

beruflicher Grund  
(bitte angeben)\*

Arbeitgeber

Unfallkasse/Berufsgenossenschaft

anderer Grund  
(bitte angeben)\*

**Bei einer Schutzimpfung im Ausland:** Aus welchen Gründen konnte die verstorbene Person nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?\*

### 4. Wer hat die Schutzimpfung durchgeführt? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)\*

Name, Vorname | Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**5. Gesundheitliche Folgen der Impfung\***

Schildern Sie bitte den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung (sofern bekannt):\*

**6. Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Schutzimpfung\***

von–bis	Name, Fachrichtung, Anschrift der behandelnden Ärzte
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7. Stationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen wegen der Folgen der Schutzimpfung\***

von–bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser (Kuranstalten)	Abteilung/Station
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**8. Wesentliche ambulante und stationäre Behandlungen vor der Schutzimpfung\***

von–bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser (Kuranstalten)	Abteilung/Station
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**9. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen vor dem Tod**

von–bis	Name, Anschrift der Krankenkasse (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)	Geschäftszeichen/ Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**10. Hat ein staatsanwaltliches Todesermittlungsverfahren stattgefunden?**

ja	Aktenzeichen	bei Staatsanwaltschaft
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nein		
<input type="checkbox"/>		

## VIII Sonstige Angaben

### 1. Haben Sie Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

nein

ja  wem gegenüber?

Unfallversicherung  
(z. B. Berufsgenossenschaft,  
private Unfallversicherung)

Krankenversicherung

gesetzlicher Rentenversicherung

sonstigen Leistungsträgern

ausländischen Entschädigungssystemen

### 2. Falls Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten besteht: Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht?

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Belege bei.

ja gegenüber  Name des Leistungsträgers oder des Gerichts

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

nein  bitte begründen\*

### 3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem SGB XIV, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz?

ja Name der zuständigen Behörde  Aktenzeichen

nein

### 4. Bei der Antragstellung hat mich unterstützt (z. B. Opferhilfeorganisation, Polizei, Psychotherapeut/in):

### 5. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

### 6. Ich bitte um eine Beratung durch das Fallmanagement

ja  nein

### 7. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Bank/Geldinstitut

BIC

IBAN

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Entschädigung nach dem Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch gestellt habe. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.**

		Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin
Ort	Datum	

Ich habe Kenntnis, dass die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Täter/in/nen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie den/die Täter/in/nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe darstellen. Die Behörde wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann.

Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten; meine Schadensersatzansprüche gegen den/die Täter/in/nen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Täter/der Täterin/den Tätern/Täterinnen oder deren Versicherungen treffen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind, erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X) und den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind, den Hauptfürsorgestellten, den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen. **Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann** (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

## Einverständniserklärung

**Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären. Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:**

Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden – auch soweit sie von anderen Ärzten/Ärztinnen oder Stellen erstellt worden sind – allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

		von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus: – bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen –
ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin
Ort	Datum	

\* Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

## Zusatzblatt

Bitte beschriften Sie Ihre Erläuterungen und machen kenntlich zu welcher Frage sie gehört (z. B. „zu Nr. 24“)

# Merkblatt zum Datenschutz gem. Artikel 12 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Für Antragsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV), hier insgesamt als "Soziales Entschädigungsrecht" (SER) bezeichnet.

## Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen nach dem SGB XIV erheben wir persönliche Daten und ggfs. Gesundheitsdaten von Ihnen und beteiligten Angehörigen.

## Kontaktdaten des Verantwortlichen

Wenn Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich an folgende Stellen wenden:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Amt für Soziales Entschädigungsrecht  
Von-Vincke-Str. 23-25  
t. 0251/ 591-0  
ser@lwl.org

## Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Datenschutzbeauftragter  
48143 Münster  
t. 0251/591-3336  
datenschutz@lwl.org

## Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden erhoben soweit dies für die Durchführung der Aufgabe des Sozialen Entschädigungsrechts erforderlich ist.

### Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 1 Buchst. a EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67a, 67b SGB X verarbeitet.

## Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden

Es werden folgende personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Familienstand, Erwerbstätigkeit, gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigte/r, Bankdaten (IBAN).

Sofern dies in Abhängigkeit von der von Ihnen beantragten Leistung erforderlich ist, werden zur Sachverhaltsaufklärung auch Daten insbesondere von Renten- Kranken- Pflege- und Unfallversicherungen, Jugendämtern, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Integrationsfachdiensten, Staatsanwaltschaften, Gerichten, Behörden die über die Feststellung einer Behinderung nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch entscheiden, behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und verarbeitet.

## Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben – sofern dies notwendig ist – insbesondere an:

- » beauftragte Stellen innerhalb des LWL (technischer Fachdienst, medizinisch-psychosozialer Fachdienst, Fallmanager/innen des Dezernates) im Rahmen von erforderlichen fachbezogenen Stellungnahmen
- » extern beauftragte Gutachter/Gutachterinnen zur medizinischen Beurteilung
- » andere Sozialleistungsträger für deren gesetzlichen Aufgaben
- » Gerichte der Zivil- oder Verwaltungsgerichtsbarkeit im Falle eines Streitverfahrens
- » Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen von Meldepflichten nach dem Einkommensteuergesetz

auf der rechtlichen Grundlage des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 und § 78 SGB X.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an einen Empfänger außerhalb der Europäischen Union und auch nicht an eine internationale Organisation weitergegeben.

## Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 67c Abs. 1 SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist verpflichtet, Ihre für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten als zahlungsbegründende Informationen 10 Jahre ab Beginn der jeweiligen Leistungsgewährung vorzuhalten.

## **Betroffenenrechte**

Nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen 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 EU-DSGVO /§ 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 EU-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 EU-DSGVO/ § 84 SGB X).

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 EU-DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht (Art. 77 Abs. 1 EU-DSGVO) bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW.

### **Kontakt**

Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
t. 0211/38424-0  
f. 0211/38424-10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)  
Internet: [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)

## **Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe 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 (Art. 7 EU-DSGVO/ § 67b Abs.2 SGB X).