

Antrag

auf die Gewährung von Teilhabegeld an Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose nach den Bestimmungen des Landesteilhabegeldgesetzes (LTeilhGG)

Datum der Antragstellung:

1. Persönliche Angaben der / des Berechtigten

Familienname:
Vorname:
Geburtsname:
Geburtsdatum/-ort:
Familienstand:
Wohnanschrift:
Telefonnummer:
Krankenversichert bei
(genaue Anschrift)

Teilstationäre Betreuung ☐ja ☐nein
(Tagespflege): wenn ja, wo:
Betreuung in einer stationären ☐ja ☐nein
Einrichtung: wenn ja, Name der Einrichtung:
.....

Ich beantrage Leistungen aufgrund der Feststellung des Amtes für Soziales und Versorgung wegen:

- ☐Nr. 1 a: Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich oder beider Hände ohne Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.
- ☐Nr. 1 b: Lähmungen oder wegen gleichartigen Behinderungen, wenn dadurch Betreuungsbedarf zur Sicherung der körperlichen Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht; jedoch ohne Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung
- ☐Nr. 2: Blinde und ihnen nach §72 Abs. 5 des Sozialgesetzes Nachteilsausgleich "BI" (blind)
- ☐Nr. 3: Gehörlose ohne Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI
- ☐angeborene Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit;
- ☐erworbene Taubheit bis zum 7. Lebensjahr oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit;
- ☐Personen, die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit erworben haben

- ☐ Nr. 4: Taubblinde Menschen, denen das Merkzeichen TBI nach § 3 Absatz 1 Nummer 8 der Schwerbehindertenausweisverordnung zuerkannt worden ist oder die die Voraussetzungen zur Zuerkennung dieses Merkzeichens erfüllen.

2. Ergänzungen (Krankheiten / Behinderungen):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| • Pflegezulage n. § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG): | ☐ ja ☐ nein | Höhe der Leistung: |
| • Pflegezulage n. § 296 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG): | ☐ ja ☐ nein | ..... |
| • Pflegegeld n. § 558 Reichsversicherungsordnung (RVO): | ☐ ja ☐ nein | ..... |
| • Leistungen aus der Pflegeversicherung (SBG XI): | ☐ ja ☐ nein | ..... |
| • Sonstige Leistungen: | ☐ ja ☐ nein | ..... |

Kopien bitte beifügen! – auch Ablehnungen

Schwerbehindertenausweis:	☐ ja ☐ nein
Versorgungsamt:	.....
Ausgestellt am:	.....
Merkzeichen:	☐ G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ GI ☐ TBI ☐ B ☐ RF ☐
Grad der Behinderung:	.....
Geschäftszeichen:	.....
Pflegegrad:	☐ kein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Der Bescheid über die Feststellung des Grades der Schwerbehinderung und der Schwerbehindertenausweis sind vorzulegen.

4. Nähere Angehörige (z.B. Ehegatte, Eltern, Kinder, Vormund/Pfleger):

	Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Straße/Wohnort	Telefonnummer
1					
2					
3					

5. Bankverbindung der / des Berechtigten:

Geldinstitut:	.....
IBAN:	.....
BIC:	.....
Kontoinhaber:	.....

Sonstige Angaben

Ich bestätige, dass ich / bzw. mein Bevollmächtigter über die Beantragung von Blindenhilfe gemäß §72 SGB XII beraten wurde.

Die Beantragung der Blindenhilfe im Sinne des §72 SGB XII wird zum jetzigen Zeitpunkt

- ☐ gewünscht
☐ nicht gewünscht

Vollmacht: ☐ liegt vor
☐ wird nachgereicht
☐ Betreuerausweis

Ort, Datum

Unterschrift Berechtigte/r, Bevollmächtigte/r

Unterschrift Sachbearbeiter/in

Erläuterungen zu § 72 Abs. 5 SGB XII:

Blinden Menschen stehen Personen gleich, deren beidäugige Gesamtschärfe nicht mehr als ein Fünfzigstel beträgt oder bei denen dem Schweregrad dieser Sehschärfe gleichzuachtende nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegt.

6. Erklärung der/des Berechtigten zum Antrag auf Leistungen nach dem Landesteilhabegeldgesetz

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und 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, oder weniger Leistungen erhalte.

Ich bestätige, ausdrücklich davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, insbesondere Leistungen, die nach § 5 anzurechnen sind (gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften) oder die Aufnahme in ein Krankenhaus, einer stationären Einrichtung oder eine gleichartige Einrichtung unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Bei der Prüfung des Antrages auf Teilhabegeld nach Landesteilhabegeldgesetz, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20.06.2024 müssen gleichartige Leistungen, die nach anderen Rechtsvorschriften gewährt werden, Berücksichtigung finden.

Danach sind die Leistungen aus der Pflegeversicherung auf das Landesteilhabegeld anzurechnen.

Sie werden daher aufgefordert; spätestens im Monat der Antragstellung auf Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz bei der zuständigen Krankenversicherung Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beantragen.

Der Bescheid hierüber ist unverzüglich zuzuleiten.

Das Teilhabegeld ist zu versagen oder angemessen zu kürzen, wenn die anspruchsberechtigte Person die ihr nach anderen Rechtsvorschriften zustehenden Sach- oder Geldleistungen, die zum Ausgleich der behinderungsbedingten Mehraufwendungen bestimmt sind, nicht in Anspruch nimmt.

Ort, Datum

Unterschrift Berechtigte/r, Bevollmächtigte/r

Antrag auf bargeldlose Zahlung von Leistungen des Amtes für Jugend und Soziales

Ich bitte, die mir nach dem

☐ Sozialhilfegesetz SGB XII

☐ Landesteilhabegeldgesetz

zu gewährenden Leistungen ab

auf das Konto bei:

.....
(Name und Anschrift des Geldinstitutes)

mit der BLZ/BIC:

.....

und der Konto-Nr./IBAN:

.....

zu überweisen.

Rückrufermächtigung

Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass auf Anforderung der Stadtverwaltung, Amt für Jugend und Soziales - Beträge, die infolge nachträglich eintretender Änderung der für die Gewährung der Leistungen maßgeblichen Verhältnisse zu viel gezahlt sind, zurück überwiesen werden.

Das von mir benannte Geldinstitut wurde ermächtigt, zu viel gezahlte Beträge an Sie zurück zu überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Bestätigung des Geldinstitutes

Die der Stadtverwaltung Brandenburg - Amt für Jugend und Soziales erteilte Rückrufermächtigung wurde von uns vermerkt.

Es können nur Beträge zurückgerufen werden, die vom Begünstigten noch nicht verfügt worden sind und als Guthaben auf dem Konto noch vorhanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Geldinstitut / Stempel

Zum Antrag auf die Gewährung von Teilhabegeld an Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose nach den Bestimmungen des Landesteilhabegeldgesetzes (LTeilhGG)

Einwilligungserklärung gem. Art. 7 DSGVO

1. Antragsteller*in

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

**2. Vertretung (Betreuende, Bevollmächtigte, Personensorgeberechtigte, ggf. mehrere)
(Bitte Nachweise beifügen.)**

☐ Betreuende ☐ Bevollmächtigte ☐ Personensorgeberechtigte/Vormund/Ergänzungspfleger	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
☐ Betreuende ☐ Bevollmächtigte ☐ Personensorgeberechtigte/Vormund/Ergänzungspfleger	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
☐ Betreuende ☐ Bevollmächtigte ☐ Personensorgeberechtigte/Vormund/Ergänzungspfleger	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

3. Erlaubnis zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Zur Aufgabenerfüllung erlaube ich der Stadt Brandenburg an der Havel, Sachgebiet Eingliederungshilfe und Hilfe in besonderen Lebenslagen, die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu folgendem Zweck: Eingliederungshilfe
☐ gemäß Antrag auf Landesteilhabegeld ☐ gemäß fachärztlicher Stellungnahme/ärztlicher Berichte/Gutachten (insb. des Medizinischen Dienstes) ☐ gemäß Feststellung des Landesamtes für Soziales und Versorgung Brandenburg ☐ gemäß _____ ☐ gemäß _____

4. Erlaubnis zur Weitergabe von personenbezogenen Daten

Im Falle einer Datenübermittlung dürfen meine personenbezogenen Daten zum o.g. Zweck von dem Sachgebiet Eingliederungshilfe und Hilfe in besonderen Lebenslagen der Stadt Brandenburg an der Havel an die genannten Empfänger weitergegeben werden:	
Institution	Wer? (Bezeichnung der Institution)
☐ voraussichtlicher Pflegedienst	
☐ bisheriger Pflegedienst	

Institution	Wer? (Bezeichnung der Institution)
☐ behandelnde Fachkräfte der Klinik	
☐ behandelnder Arzt	
☐ Kranken- & Pflegeversicherung	
☐ Medizinischer Dienst	
☐ Rentenversicherung	
☐ Amt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg	
☐	
☐	
☐	

5. Erklärung

Meine Einwilligung in die Datenverarbeitung erfolgt auf freiwilliger Basis. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Datenverarbeitung verweigern kann und mir dadurch keine rechtlichen Nachteile entstehen. Ferner habe ich das Recht meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf wird davon nicht berührt. Die Löschung der Daten bestimmt sich nach Art. 17 DSGVO.

Der Widerruf ist zu richten an: Amt für Jugend und Soziales /SG Eingliederungshilfe und Hilfe in besonderen Lebenslagen, hbl-sozialamt@stadt-brandenburg.de

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den genannten Zwecken ein und bestätige die Kenntnisaufnahme der beigefügten Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten.

Brandenburg an der Havel, den _____ Datum
 _____ Unterschrift des Antragstellers
 (bei Minderjährigen: des Personensorgeberechtigten)

Brandenburg an der Havel, den _____ Datum
 _____ Unterschrift des Personensorgeberechtigten - 2. Person

Allgemeine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stadt Brandenburg an der Havel

gemäß Artikel 12 bis 22 und 34 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die vorliegende allgemeine Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten gibt Auskunft über die informationspflichtigen Angaben, die für alle Verarbeitungstätigkeiten der Verantwortlichen zutreffend sind. Sie gilt für spezifische Verarbeitungstätigkeiten in Verbindung mit den jeweiligen ergänzenden Informationen zur Verarbeitungstätigkeit, insb. zu den Punkten 1.2, 2 bis 8 dieser Information.

1 Kontaktdaten

1.1 Verantwortliche

Verantwortliche für die Datenverarbeitung im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist die

Stadt Brandenburg an der Havel
Der Oberbürgermeister
Klosterstr. 14, 14770 Brandenburg an der Havel
Telefon: (03381) 58-0
E-Mail: oberbuergermeister@stadt-brandenburg.de

1.2 Bestimmte Stelle

Zweckmäßigerweise werden personenbezogene Daten durch eine bestimmte Stelle innerhalb der Behörde, der eine Aufgabe zugewiesen ist, verarbeitet. Die Kontaktdaten der bestimmten Stelle sind der jeweils zutreffenden ergänzenden Information zur Verarbeitungstätigkeit zu entnehmen.

1.3 Datenschutzbeauftragter

Die Verantwortliche hat einen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO benannt:

Datenschutzbeauftragter der Stadt Brandenburg an der Havel
Altstädtischer Markt 10, 14770 Brandenburg an der Havel
Telefon: (03381) 587030
E-Mail: datenschutz@stadt-brandenburg.de

2 Zweckbestimmung und Rechtsgrundlagen

Der Zweck, einschließlich der jeweiligen Rechtsgrundlage, zu denen die personenbezogenen Daten verarbeitet werden, ergibt sich aus der ergänzenden Information oder dem Verzeichnis (Art. 30 DSGVO) zur Verarbeitungstätigkeit bei den Stellen nach Pkt. 1.2 bzw. 1.3. Sofern die Verantwortliche Daten zu einem anderen als dem ursprünglich angegebenen Zweck verarbeiten möchte, wird die betroffene Person nach den Maßgaben des Art. 13 (3) DSGVO informiert.

3 Erhebung von Daten bei Dritten

Grundsätzlich erhebt die Verantwortliche personenbezogene Daten bei der betroffenen Person. Erhebt die Verantwortliche ausnahmsweise Daten bei Dritten, wird die betroffene Person nach den Maßgaben des Art. 14 DSGVO einschließlich der Quellenangabe informiert.

4 Pflichten zur Bereitstellung personenbezogener Daten

Ob besondere Pflichten zur Bereitstellung personenbezogener Daten für die betroffene Person bestehen und die Folgen der Nichtbereitstellung sind der ergänzenden Information zur Verarbeitungstätigkeit zu entnehmen.

5 Datenübermittlungen

Die Verantwortliche übermittelt personenbezogene Daten ausschließlich auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen oder mit Einwilligung der betroffenen Person. Übermittlungen personenbezogener Daten sowie die Empfänger*innen oder deren Kategorien einschließlich Angaben zu Übermittlungen an Drittländer sind der ergänzenden Information zur Verarbeitungstätigkeit zu entnehmen.

6 Speicherfristen

Die Verantwortliche wird personenbezogene Daten nur so lange speichern, wie dies für die Erreichung des unter Punkt 2 genannten Zwecks erforderlich ist oder gesetzliche Aufbewahrungsfristen eine Speicherung vorschreiben. Erläuterungen können der ergänzenden Information zur Verarbeitungstätigkeit entnommen werden.

7 Betroffenenrechte

Sofern nicht besondere Vorschriften entgegenstehen, werden der betroffenen Person nachfolgende Betroffenenrechte eingeräumt, die (ausg. Punkt 7.5) zweckmäßigerweise bei der unter Punkt 1.2 oder, sofern diese nicht bekannt ist, bei der unter Punkt 1.3 benannten Stelle geltend zu machen sind.

7.1 Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung

Jede betroffene Person hat

- a) neben dieser allgemeinen und der ergänzenden Informationen zur Verarbeitungstätigkeit nach Art. 15 DSGVO einen individuellen Auskunftsanspruch über ihre durch die Verantwortliche verarbeiteten personenbezogenen Daten, insb. über deren Inhalt sowie individuelle Angaben zu den Punkten 2 bis 7 dieser allg. Information,
- b) nach Art. 16 DSGVO das Recht, von der Verantwortlichen die Berichtigung von unrichtigen oder die Ergänzung von unvollständigen personenbezogenen Daten zu verlangen,
- c) den Anspruch, die Verantwortliche zur Löschung der betreffenden personenbezogenen Daten nach Art. 17 DSGVO aufzufordern und
- d) unter den Voraussetzungen des Art. 18 DSGVO das Recht, die **Einschränkung** der Datenverarbeitung zu fordern.

7.2 Widerspruch

Die betroffene Person kann aus Gründen einer besonderen Situation der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zur Aufgabenerfüllung nach Art. 6 (1) Buchstabe e DSGVO widersprechen, sofern die Verantwortliche keine schutzwürdigen Gründe für eine weitere Verarbeitung nachweisen kann.

7.3 Datenübertragbarkeit

Erfolgt die Verarbeitung mithilfe eines automatisierten Verfahrens auf Grundlage einer Einwilligung der betroffenen Person, so hat sie das Recht, die Bereitstellung ihrer Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu verlangen.

7.4 Widerrufsrecht

Sofern die Verarbeitung von personenbezogenen Daten auf der Einwilligung der betroffenen Person beruht, hat sie das Recht, diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die betroffene Person wird mit der Einwilligung über das Widerrufsrecht und die Art und Weise, wie dieser erfolgen kann, informiert.

7.5 Beschwerderecht

Jede betroffene Person hat das Recht, sich über Verletzungen des Datenschutzrechts bei nachfolgender Behörde zu beschweren:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Brandenburg
Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow
Telefon: (033203) 356-0, Fax: (033203) 356-49
E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de
Internet: www.lda.brandenburg.de

8 Benachrichtigung bei Verletzung des Datenschutzes

Bei Verletzung des Datenschutzes erfolgt durch die Verantwortliche eine Meldung an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde. Hat die Verletzung ein hohes Risiko für die persönlichen Rechte und Freiheiten einer natürlichen Person zur Folge, benachrichtigt die Verantwortliche die betroffene Person darüber.

Entbindung von der Schweigepflicht nach § 203 StGB

Bitte beachten Sie die Hinweise zum Datenschutz und zum erforderlichen Umfang Ihrer Mitwirkungspflicht auf der Rückseite.

	Leistungsberechtigter	gesetzlicher Vertreter / Betreuer
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort		

Hiermit entbinde ich (bitte konkret benennen):

- ☐ den voraussichtlichen Träger der Maßnahme.....
- ☐ den bisherigen Träger der Maßnahme.....
- ☐ die behandelnden Fachkräfte der Klinik.....
- ☐ den behandelnden Arzt.....
- ☐ die zuständige Kranken- / Pflegekasse.....
- ☐ das Amt für Soziales und Versorgung.....
- ☐

Gegenüber dem Amt für Jugend und Soziales von der Schweigepflicht.

- ☐ Das Einverständnis gilt auch umgekehrt für das Amt für Jugend und Soziales gegenüber oben bezeichneten.

Zur Feststellung aller Tatsachen, die für die Entscheidung des Amtes für Jugend und Soziales in Zusammenhang mit der begehrten Hilfe erheblich sind, erkläre ich mich einverstanden, dass dem Amt für Jugend und Soziales Einsicht in entsprechende Akten / Unterlagen gewährt wird und auf Verlangen die Akten / Unterlagen übersandt werden.

Das Einverständnis gilt nur soweit es zur Entscheidung über meinen an das Amt für Jugend und Soziales gerichteten Antrag erforderlich ist.

Sofern ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkung dieser Entbindung nachfolgend vermerkt:

.....
.....

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt das Amt für Jugend und Soziales nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber Dritten zu verwenden.

Datum, Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz

Ihre Angaben werden vom Amt für Jugend und Soziales auf der Grundlage der §§ 67 a bis c SGB X zur Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, gespeichert und genutzt.

Nach § 67a SGB X – Datenerhebung – ist das Erheben von Sozialdaten durch Sozialhilfeträger zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe des Sozialträgers erforderlich ist.

Nach § 67b SGB X – Zulässigkeit der Datenverarbeitung und-nutzung – ist die Verarbeitung von Sozialdaten und deren Nutzung nur zulässig, soweit die nachfolgenden Vorschriften oder eine andere Rechtsvorschrift in diesem Gesetzbuch es erlauben oder anordnen oder soweit der Betroffene eingewilligt hat.

Nach § 67 c SGB X – Datenspeicherung, -veränderung und -nutzung – ist das Speichern, Verändern oder Nutzen von Sozialdaten durch den Sozialhilfeträger zulässig, wenn es zur Erfüllung der in der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers liegenden gesetzlichen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist und es für die Zwecke erfolgt, für die die Daten erhoben worden sind.

Hinweise zum Umfang der Mitwirkungspflichten

§ 60 SGB I – Angabe von Tatsachen –

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

§ 62 SGB I – Untersuchungen –

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 65 SGB I – Grenzen der Mitwirkung –

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

§ 65a SGB I – Aufwendungsersatz –

(1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstaufschlags in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.

§ 66 SGB I – Folgen fehlender Mitwirkung –

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.