LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

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 von Ihnen geltend gemachten 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.

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 / 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 Fallmangement erhalten. Der Fallmanager oder die Fallmanagerin kann Sie im Antrags- und Leistungsverfahren unterstützen und begleiten.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

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 Person

Frau ☐ Herr ☐ Divers ☐

1. **Name, Vorname**

Geburtsname oder früherer Name

2. **Geburtsdatum** Geburtsort

Staatsangehörigkeit deutsch ☐ andere

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

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

5. **Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt**

Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

6. **Gesetzliche/r Vertreter*in** ODER **Bevollmächtigte*r** ODER **Betreuer*in**

Name, Vorname

Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

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

I Angaben zur Gewalttat*

7. Tatzeit/Tatzeitraum (so weit wie möglich Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr)

8. Tatort (soweit wie möglich: Ortbeschreibung, z. B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung)

Ist die Tat während Ihrer Berufsausübung, während des Schulbesuchs, des Studiums oder während des Besuchs einer Betreuungseinrichtung passiert oder auf dem Weg dorthin oder dem Rückweg?

☐ nein ☐ ja ☐ Arbeitsplatz ☐ Weg zum/vom Arbeitsplatz ☐ Schule/Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung

☐ Weg zu/von Schule/Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitsgebers/Ihrer Ausbildungseinrichtung/Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft/ Unfallkasse an:

Name

Straße und Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Sonstiger Tatort

9. Ist eine Strafanzeige erstattet worden?

ja ☐ bei Polizeidienststelle | am (Datum) | Aktenzeichen

nein ☐ Gründe (bitte erläutern)**

☐ ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch

☐ ich mache keinen Gebrauch von meinem Zeugnisverweigerungsrecht

10. Daten des Täters/der Täterin (soweit bekannt)*

Name, Vorname

Straße und Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Weitere Tatbeteiligte*

Tatzeugen*

11. Hat ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren/gerichtliches Verfahren stattgefunden?

ja ☐ Aktenzeichen bei Staatsanwaltschaft

nein ☐

12. Tathergang (Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat; stattdessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und/oder des Polizeiprotokolls beifügen)*

☐ ich kann zur Zeit keine Angaben machen

II Angaben zu Gesundheitsstörungen/Schädigungen

13. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?*

14. Liegen diese heute noch vor?

ja ☐ welche?*

nein ☐

15. Sind Sie krankenversichert?

ja ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ beihilfeberechtigt ☐

Derzeitige Krankenkasse | Mitglied seit | Gegebenenfalls frühere Krankenkasse

nein ☐

16. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt (z. B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?

ja ☐ welche?*

nein ☐

17. Möchten Sie psychotherapeutische Frühintervention in einer Traumaambulanz in Anspruch nehmen? (Weitere Informationen hierzu finden Sie auf dem Vorblatt zum Antrag.)

ja ☐

nein ☐

18. Nur in Ausnahmefällen Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorzeitige Leistungen der Krankenbehandlung erhalten (z. B. wenn Sie nicht krankenversichert sind oder die begehrte Maßnahme nicht von Ihrer Versicherung übernommen wird)?

ja ☐ Begründung:*

nein ☐

III Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

19. Mussten Sie in stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat?*

vom (Datum) bis (Datum)

Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der Reha-Einrichtung

Name Abteilung/Station

Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

20. Mussten Sie in ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat?*

vom (Datum) bis (Datum)

Name, Anschrift der behandelnden Ärztin/des Arztes oder des Psychotherapeuten/der Phsychotherapeutin

Name | Gegebenenfalls die Fachrichtung

Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

21. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen/Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?*

keine

folgende:*

Name, Anschrift der behandelnden Ärztin/des Arztes oder des Psychotherapeuten/der Phsychotherapeutin

Name | Gegebenenfalls die Fachrichtung

Straße und Hausnummer Postleitzahl Ort

Behandlung von (Datum) bis (Datum)

Wegen welcher gesundheitlicher Krankheiten/Schäden/Störungen?*

IV Angaben zur beruflichen Situation

22. Beruf/Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat:

23. Sind Sie bzw. fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

nein ☐

ja ☐ In welcher Form? (bitte begründen)**

V Sonstige Angaben

24. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

nein ☐

ja ☐ wem gegenüber?

☐ Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, private Unfallversicherung)

☐ dem Täter/der Täterin (Schadensersatz/Schmerzensgeld)

☐ ausländischen Entschädigungssystemen

☐ Krankenversicherung

☐ gesetzlicher Rentenversicherung

☐ sonstigen Leistungsträgern

25. 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*

26. 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 ☐

27. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?

ja ☐ Name der zuständigen Behörde _____ Aktenzeichen _____

nein ☐

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

_____

29. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

_____

30. Ich bitte um eine Beratung durch das Fallmanagement

Sie waren zum Tatzeitpunkt minderjährig oder erlitten eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung oder ein versuchtes Tötungsdelikt? Dann können Sie eine Beratung durch das Fallmanagement in Anspruch nehmen **(bitte beachten Sie die beiliegende Einwilligungserklärung)**.

ja ☐ nein ☐

31. 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 Versorgung nach dem Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch gestellt habe. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

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

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 Hauptfürsorgestellen, 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.

ja	nein	von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus: – bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen –
☐	☐	

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

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

** Nach dem SGB XIV sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche und Zumutbare zur Sachverhaltsaufklärung und Verfolgung des Täters/der Täterin beizutragen. Dazu gehört grundsätzlich die Erstattung einer Strafanzeige. Gemäß § 52 der Strafprozessordnung besteht ein gesetzliches Zeugnisverweigerungsrecht für Verlobte, Ehegatten und Lebenspartner des Beschuldigten, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht sowie mit dem Beschuldigten in gerader Linie verwandte oder verschwägerte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägerte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante).

Einwilligungserklärung

Inanspruchnahme des Fallmanagements im Sozialen Entschädigungsrecht – SGB XIV

(Diese Erklärung ist nur ausfüllen, wenn Sie eine Beratung durch das Fallmanagement wünschen, siehe Seite 8 des Antrages)

_____, geb. am _____,
Nachname, Vorname (Datum)

wohnhaft in _____,
(Straße, PLZ, Ort)

_____, _____
(Telefonnummer) (E-Mail)

Das Fallmanagement im Sozialen Entschädigungsrecht – SGB XIV – ist eine freiwillige bedarfsgerechte Beratung, Unterstützung und Aufklärung vor, während und nach dem Antragsverfahren. Das Fallmanagement arbeitet unabhängig von der Sachbearbeitung im Antragsverfahren beim LWL-Amt für Soziales Entschädigungsrecht.
Je nach Bedarf beinhaltet es auch die Beratung bzgl. Leistungen anderer Sozialleistungsträger. Um die Leistungen des Fallmanagements vollumfänglich nutzen zu können, bedarf das Fallmanagement der Erlaubnis erforderliche Daten zu erheben, welche ich mit meiner Unterschrift erteile.
Erklärung (zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten und aller notwendigen Unterlagen an das Fallmanagement einverstanden und möchte durch das Fallmanagement wie folgt kontaktiert werden:
☐ telefonisch
☐ per E-Mail (gilt nicht für elektronisch signierte und verschlüsselte Dokumente wie zum Beispiel Bescheide)
☐ schriftlich per Post
☐ per Videokonferenz in Zoom (es erfolgt keine Aufzeichnung)

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich diese jederzeit widerrufen kann.

☐ Ich möchte die Leistungen des Fallmanagements nicht nutzen

_____ _____ _____
Ort, Datum Nachname, Vorname Unterschrift

_____
Unterschrift: gesetzl. Betreuung; bei unter 15-jährigen Sorgeberechtigten

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
Internet: 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).