

**Erklärung
über die Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht
sowie datenschutzrechtliche Einwilligung zur Auskunftserteilung**

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift
gesetzlich vertreten durch (Eltern minderjähriger Kinder, Vormund, Betreuer) Name, Vorname, Anschrift

Ich habe folgende Leistung(en) beantragt bzw. ich erhalte folgende Leistung(en) nach dem

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) | <input type="checkbox"/> Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) |
| <input type="checkbox"/> Sozialgesetzbuch – Achtes Buch (SGB VIII) | <input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz |
| <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz | <input type="checkbox"/> andere : |

Bezeichnung der Behörde(n), Anschrift, Aktenzeichen Kreis Wesel FD 50-1-3 Eingliederungshilfe SGB IX Reeser Landstraße 31 46483 Wesel

und zwar ab: _____

Art der Leistung

Zur Klärung der Leistungsvoraussetzung ist folgende Auskunft erforderlich:

Art der Behinderung

Zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen bin ich verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers habe ich der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 des Sozialgesetzbuches – Erstes Buch- SGB I), wenn ich nicht selber die gewünschten Auskünfte erteile und/oder Unterlagen vorlege. Die Leistung, die ich beantragt habe oder erhalte, kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn ich den Mitwirkungspflichten nicht nachkomme (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Zur Erfüllung dieser Mitwirkungspflicht entbinde ich hiermit die behandelnden Ärzte sowie die Therapeuten

Namen und Anschriften der Ärzte und Therapeuten

von der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 Strafgesetzbuch –StGB). Diese Erklärung gilt nur in Zusammenhang mit der für die Feststellung der Leistungsvoraussetzung erforderlichen Informationen (z.B. Angaben zu Art, Dauer, Umfang, Folgen der Erkrankung/Behinderung, notwendigen Maßnahmen).

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ein gemeinsamer Austausch zwischen dem schulischen Personal und dem Kreis Wesel FD 50-1-3 Eingliederungshilfe SGB IX stattfinden darf. Hierbei geht es um den Austausch von Informationen zur bestmöglichen Förderung und Unterstützung meines, beziehungsweise unseres Kindes sowie zum Umfang der bewilligten Leistungen (Leistungsbescheid) und der im Gesamtplan festgelegten Zielvereinbarung. Zur Bedarfsermittlung kann von der Schule ein Entwicklungsbericht angefordert werden.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit dem Bedarfsermittlungsverfahren und den damit ggf. erforderlichen Maßnahmen (z.B. Hospitation, Gesamtplankonferenz) einverstanden. Wenn erforderlich, bin ich mit der Weiterleitung der Daten durch die oben genannte Behörde an das zuständige Gesundheitsamt zur Stellungnahme oder Begutachtung einverstanden. Die für den FD 50-1-3 des Kreises Wesel gutachterlich tätige Person des amtsärztlichen Dienstes des Kreises Wesel entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem FD 50-1-3. In die erforderliche Datenverarbeitung beim Kreis Wesel gemäß EU-DSGVO willige ich ein. Ausdrücklich ermächtige ich den Kreis Wesel FD 50-1-3 Eingliederungshilfe SGB IX, das Gutachten des MDK anzufordern. Falls eine Abstimmung mit anderen Rehabilitationsträgern gem. § 6 SGB IX erforderlich wird, stimme ich zu, dass die im Antragsverfahren notwendigen Daten wechselseitig zur Verfügung gestellt werden dürfen. Darüber hinaus ermächtige ich oben genannte Behörde zur Einsichtnahme in das in Kopie zur Verfügung gestellte AO-SF Gutachten und zur Weiterleitung der notwendigen Informationen an den Träger der Maßnahme (insb. Leistungsbescheid & Zielvereinbarung).

Die ab Seite 2 abgedruckten Informationen nach Artikel 13 der EU-Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich **willige** ein, dass die erhobenen Daten der vorstehenden Behörde **übermittelt** werden können und für die weitere Qualitätssicherung verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

(Unterschrift Antragsteller/in
oder gesetz. Vertreter/in)

Information

nach Artikel 13 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)
bei Erhebung personenbezogener Daten
bei der betroffenen Person

Der Kreis Wesel verarbeitet (insbesondere erhebt, übermittelt und speichert) Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie den Antrag auf Eingliederungshilfe ausgefüllt haben. Diese Daten werden vom Kreis Wesel Fachdienst 50-1-3 Eingliederungshilfe SGB IX; im Rahmen des zu bearbeitenden Antrages und der ggf. zu gewährenden Leistungen benötigt.

Verantwortlicher	Kreis Wesel, Der Landrat, Fachdienst 50, Reeser Landstraße 31, 46483 Wesel Telefon 0281/207-0 Fax 0281/207-4043; Email: post@kreis-wesel.de
Datenschutzbeauftragte	Kreis Wesel - Datenschutzbeauftragte/r, Reeser Landstraße 31, 46483 Wesel, Tel.: 0281/207-2154, Fax 0281/207-2149, Email: datenschutz@kreis-wesel.de
Zweck/e der Datenverarbeitung	Zweck der Datenverarbeitung ist die Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX). Ihre in diesem Zusammenhang zu verarbeitenden personenbezogenen Daten sind zweckgebunden, das heißt, sie werden nur zu dem Zweck verwendet, für den sie erhoben worden sind. Eine Weiterverarbeitung dieser Daten für andere Zwecke ist nur unter den Voraussetzungen des § 67c Abs. 2 – 5 SGB X möglich.
Wesentliche Rechtsgrundlage/n	Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt aufgrund folgender Rechtsgrundlagen: §§ 67a bis 78 Sozialgesetzbuch X (SGB X), §§ 143 ff. Sozialgesetzbuch IX (SGB IX), § 118, §§ 121 ff. Sozialgesetzbuch XII (SGB XII), § 21 Abs. 1 Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW)
Verpflichtung zur Bereitstellung der Daten, Folgen bei Nichtbereitstellung	Mitwirkungspflicht gem. § 60 SGB I Folgen fehlender Mitwirkung gem. § 66 SGB I: Vollständiger oder teilweiser Leistungsentzug bzw. Leistungsveragung
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der Daten	Die Daten werden im Rahmen datenschutzrechtlicher Zulässigkeiten an die in §§ 67a – 78 Sozialgesetzbuch X (SGB X) genannten Stellen weitergegeben bzw. befinden sich mit diesen Stellen im Rahmen der Sachbearbeitung im Datenaustausch. Die Daten werden an die Leistungserbringer i.S.d. § 124 SGB IX weitergegeben, sofern dies im Rahmen der Leistungserbringung und Rechnungsstellung notwendig ist.

Dauer der Speicherung und Aufbewahrungsfristen	<p>Sozialdaten sind gem. § 84 Abs. 2 SGB X zu löschen, wenn ihre Speicherung unzulässig ist. Sie sind auch zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle zur rechtmäßigen Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Löschung schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden. Dazu sind weitere Aufbewahrungsfristen und Archivierungserfordernisse zu beachten.</p> <p>Ihre im Rahmen dieses Antragsverfahrens erfassten personenbezogenen Daten werden daher für die Dauer des zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben notwendigen Zeitraumes gespeichert. Danach werden diese Daten aufgrund weiterer Archivierungserfordernisse für die Dauer von weiteren 10 Jahren gespeichert. Nach Ablauf dieser Frist werden die personenbezogenen Daten unwiederbringlich gelöscht, falls nicht aus besonderem Grund (z. B. bestehende Rückforderungsansprüche des Sozialamtes) eine längere Speicherung erforderlich ist.</p>
Rechte der betroffenen Person	<p>Auf Ihre Rechte zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und Widerspruch bezüglich der erfassten personenbezogenen Daten wird an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen. Rechtsgrundlage hierfür sind die Artikel 15 bis 21 der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie die §§ 46 und 47 Landesdatenschutzgesetz NRW.</p>
Zuständige Aufsichtsbehörde	<p>Beschwerden über das Vorgehen des Kreises Wesel in dieser datenschutzrechtlichen Angelegenheit richten Sie bitte an die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen</p> <p>Postfach 20 04 44 40102 Düsseldorf Telefon 0211 / 38424-0 Fax 0211 / 38424-10 Email poststelle@ldi.nrw.de</p>

Kreis Wesel Der Landrat FD 50-1-3 Reeser Landstr. 31 46483 Wesel	Antrag auf Leistungen nach dem §§ 102 ff SGB IX Eingliederungshilfe		Datum
	Hilfesuchende/r	Mutter/ Sorgeberechtigte <input type="checkbox"/>	Vater/ Sorgeberechtigter <input type="checkbox"/>
beantragte Hilfe/n (z. B. Autismus- therapie)			
Familienname			
Geburtsname			
Vorname			
Anschrift: Strasse, Haus-Nr., PLZ, Ort, wohnhaft im Kreis Wesel seit			
Telefon/E-Mail			
Geburtstag			
Geburtsort			
Familienstand / seit			
Staatsangehörigkeit b. Ausländern: Aufenthaltstitel Leistungen nach dem Asylbewerber- leistungsgesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Bitte Nachweis beifügen. Bitte Bescheid beifügen.
Schulabschluss			
Welche Schule besucht Ihr Kind? Name, Anschrift		Klasse: Einschulung:	
Betreuer/Vormund Name, Vorname Anschrift PLZ – Ort Telefon			

Art der Behinderung oder Krankheit:			
Entstehungsursache (z. B. angeborenes Leiden, Unfall)			
Bestehen hinsichtlich der Behinderung Schadensersatzansprüche oder Sonstiges gegenüber Versicherungen oder anderen Dritten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bitte Bescheid beifügen.
Schwerbehindertenausweis vom Versorgungsamt:	Datum	GdB –	Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> 1.KI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B
Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bitte Bescheid beifügen.
Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährung von Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/> Ja	Grad	Bitte Bescheid beifügen.
	<input type="checkbox"/> Nein		
Antragsbegründung:			
Erhielten Sie von einem anderen Träger bereits Leistungen der Eingliederungshilfe?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Kostenträger
			Leistungsart
			Bitte Bescheid beifügen.
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Kostenträger
			Kostenbeteiligungshöhe oder Ablehnung
			Bitte Bescheid beifügen.
Ort, Datum		Unterschrift Antragsteller/in oder gesetz. Vertreter/in	
Hinweis: Es ist die Unterschrift beider Sorgeberechtigter erforderlich.			