



Einwilligungserklärung Datenverarbeitung und Beteiligung am Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren

Persönliche Angaben:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl + Wohnort: _____

Einwilligungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigen wir Daten, die wir verarbeiten müssen. Datenverarbeitung bedeutet, dass wir ausschließlich zum Zwecke der Antragsbearbeitung und der Durchführung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens Daten von Ihnen direkt oder von anderen Stellen erheben und soweit erforderlich an andere Stellen übermitteln. Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung ergeben sich aus § 35 SGB I, §§ 67ff SGB X.

1 Beteiligte im Gesamt- und Teilhabeplanverfahren

Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Daten bei nachfolgend genannten Stellen und Ärzten aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Unterlagen und sonstigen Berichten erhebt und diese dokumentiert, die für die

- Bedarfsermittlung,
- Aufstellung des Gesamtplans und
- die Entscheidung über die Leistungen erforderlich sind.

Behörden

Anschrift, Telefonnummer

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Öffentlicher Gesundheitsdienst
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	KVJS (z.B. Medizinisch-Pädagogischer Dienst)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betreuungsbehörde
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hilfen zum Lebensunterhalt
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hilfen zur Pflege
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wohnungslosenhilfe
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Jobcenter
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstiges

Medizinische Behandlung

Name, Anschrift, Telefonnummer

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hausarzt:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Facharzt:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychologe:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krankenhaus:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rehabilitationsklinik:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige:

Beratungsstellen**Anschrift, Telefonnummer** Ja Nein Integrationsfachdienst Ja Nein Sozialpsychiatrischer Dienst Ja Nein Ergänzende Unabhängige
Teilhabeberatung (EUTB): Ja Nein Sonstige:**Kinder und Jugendliche****Anschrift, Telefonnummer** Ja Nein Jugendamt: Ja Nein Schulamt Ja Nein Schule: Ja Nein Kindertagesstätte: Ja Nein Frühförderstellen: Ja Nein Sonstige:**Dienstleister / Leistungserbringer für:****Anschrift, Telefonnummer** Ja Nein Teilhabe an Bildung: Ja Nein Teilhabe am Arbeitsleben: Ja Nein Soziale Teilhabe: Ja Nein Medizinische Rehabilitation: Ja Nein Sonstige: Ja Nein Sonstige:**2 Weitergabe von Daten**

a) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamtbeziehungsweise Teilhabeplanverfahrens nach SGB IX (zum Beispiel zur Sachverhaltsklärung) erforderliche Daten, insbesondere Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung zur Aufstellung des Gesamtplans gemäß § 121 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX an die oben angegebenen Beteiligten übermittelt, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben notwendig ist (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

 Ja Nein

b) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen (zum Beispiel Arztberichte, Gutachten) an andere Stellen nach § 22 SGB IX, an Gutachter (zum Beispiel öffentlicher Gesundheitsdienst, Landesärzte für Behinderte, KVJS insbesondere Medizinisch-Pädagogischer Dienst) weitergibt, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

 Ja Nein

c) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die umfassenden Ergebnisse der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung, an die unter Punkt 1 genannten Beteiligten weitergeben kann. Die umfassenden Ergebnisse entsprechen den vereinbarten Teilhabezielen bzw. den Inhalten der Teilhabezielvereinbarung nach § 122 SGB IX, sofern abgeschlossen.

 Ja Nein

Die Berechtigung des Trägers der Eingliederungshilfe zur Weitergabe von spezifischen Anforderungen und Aufträgen aus dem Gesamtplan an Leistungserbringer zur Aufgabenerfüllung entsprechend §§ 28, 123 Abs. 4 S.1 i.V.m. § 121 SGB IX und § 67b Abs. 1 S.1 SGB X bleibt hiervon unberührt.

3 Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen unter 1 und 2 vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, und ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 DSGVO Widerspruch einlegen kann. Auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen.

4 Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich die Einwilligungen jederzeit einzeln oder insgesamt widerrufen kann. Dabei bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von Daten unberührt, die bis zu meinem Widerruf getätigt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person /
der gesetzlichen Vertretung