



Anlage zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe
und der Hilfe zur Pflege

**Einverständniserklärung über die Entbindung von
der Schweigepflicht und zur Weitergabe von Daten an Dritte**



Antrag auf Leistungen

- der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
 der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Aktenzeichen: 50. _____

Angaben zur antragstellenden Person

Familienname	Vorname/n	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	PLZ	Ort

Angaben zur vertretungsberechtigten Person (bei Minderjährigen: sorgeberechtigte Person)

Familienname	Vorname/n	
Straße Hausnummer	PLZ	Ort

Vorbemerkungen

Mir ist bekannt, dass ich gemäß §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) dazu verpflichtet bin, alle Tatsachen anzugeben, die für die von mir beantragte Leistung erheblich sind. Wenn der zuständige Kostenträger Auskünfte durch Dritte einholen möchte, wird hierfür meine Zustimmung benötigt.

Ich wurde darüber informiert, dass es für das Amt für soziale Leistungen der Landeshauptstadt Mainz zur Entscheidung über meinen Antrag notwendig ist, Behandlungsunterlagen der von mir benannten Stellen einzusehen, zu speichern und ggf. zum Zwecke der Begutachtung an andere Stellen zu übermitteln.

Wenn ich die nachfolgende Einverständniserklärung nicht unterzeichne oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufe und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes nicht oder nur teilweise möglich ist, kann dies zur Folge haben, dass die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt werden muss.

Mir ist bekannt, dass die Unterzeichnung der Schweigepflichtsentbindung freiwillig ist und von mir jederzeit ohne Begründung widerrufen werden kann.

Ich wurde informiert, dass der Leistungsträger zur Weitergabe und zum Austausch der Informationen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben und Befugnisse berechtigt ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das Merkblatt „Informationen zur Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorgaben nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bei der Stadtverwaltung Mainz, Amt für soziale Leistungen“ erhalten zu haben.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie unter www.mainz.de/dsgvo.

Ort | Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Unterschrift der sorgeberechtigten
bzw. vertretungsberechtigten Person

Erklärungen der antragstellenden Person bzw. der vertretungsberechtigten Person

1. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des Amtes für soziale Leistungen, die mit der Bearbeitung meines Antrages beschäftigt sind, und die Fachkräfte aus pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Einrichtungen mich betreffende personenbezogene Daten in Form von Informationen und Unterlagen (z.B. Diagnosen, Gutachten, Teilhabepläne und Entwicklungsberichte) austauschen. Insoweit entbinde ich die entsprechenden Personen wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Andere Behörden, Versicherungen und Kreditinstitute (Banken, Sparkassen) ermächtige und beauftrage ich zur Auskunftserteilung über meine Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Falls Sie Ihre Einverständniserklärung einschränken möchten, tragen Sie dies bitte hier ein:

Einschränkungen

2. Erklärung zur Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zu meiner gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie Ergebnisse der Hilfebedarfsermittlung von folgenden Stellen an den Träger der Eingliederungshilfe bzw. den Träger der Sozialhilfe und umgekehrt weitergeleitet werden dürfen:

<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	<input type="checkbox"/> Schule/Kindergarten/Kita
<input type="checkbox"/> Jobcenter	<input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Fachdienst Inklusion
<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Medizinischer Dienst (MDK)	<input type="checkbox"/> Werkstatt für Menschen mit Behinderung
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Besondere Wohnform (Einrichtung)
<input type="checkbox"/> Träger der Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/> Kinderzentrum	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung
<input type="checkbox"/> Leistungserbringer, die für eine Leistungserbringung in Frage kommen		
<input type="checkbox"/> die jeweils tätigen Leistungserbringer		
<input type="checkbox"/> Sonstige Beteiligte (bitte benennen): _____		

Gleichzeitig erkläre ich mein Einverständnis, dass der Leistungsträger mich betreffende Sozialdaten zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben (z.B. nach dem SGB XII / AG SGB XII Rheinland-Pfalz / SGB IX / AG SGB IX Rheinland-Pfalz / SGB X / SGB XI) an die genannten Stellen weitergeben darf.

Bemerkungen

Von meinem Recht zum Widerspruch gegen die Verarbeitung und Übermittlung meiner Sozialdaten (§ 76 Abs. 2 SGB X) habe ich Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Hinweis bei minderjährigen antragstellenden Personen

Ich versichere, dass die andere sorgeberechtigte Person mit dieser Genehmigung einverstanden ist, sofern sie nicht mit unterschrieben hat.

Ort | Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Unterschrift der sorgeberechtigten
bzw. vertretungsberechtigten Person