



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

Persönliche Angaben der leistungsberechtigten Person

| | | |
|-------------------|-----|--------------|
| Familiennamen | | Aktenzeichen |
| Vorname/n | | Geburtsdatum |
| Straße/Hausnummer | | |
| PLZ | Ort | |

Name und Anschrift der betreuenden/bevollmächtigten Person (bei Minderjährigen: sorgeberechtigte Person)

| | |
|-------------------|-----|
| Familiennamen | |
| 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.

Die Unterzeichnung der Schweigepflichtentbindung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Begründung widerrufen werden.

Der Leistungsträger ist zur Weitergabe und zum Austausch der Informationen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben und Befugnisse berechtigt (siehe Hinweisblatt zum Datenschutz gem. Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das Merkblatt „Hinweise zum Datenschutz“ erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der
antragstellenden Person

Unterschrift der vertretungsberechtigten/
bevollmächtigten Person



Erklärungen der antragstellenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

1. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des Amtes für soziale Leistungen, die mit der Bearbeitung meines Antrages auf Eingliederungshilfe 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:

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 und umgekehrt weitergeleitet werden dürfen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> behandelnde:r Ärzt:in / 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 behinderte Menschen |
| <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 |

- Leistungserbringer, die für eine Leistungserbringung in Frage kommen
- die jeweils tätigen Leistungserbringer
- 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 Leistungsberechtigten: Ich versichere, dass die andere erziehungsberechtigte Person mit dieser Genehmigung einverstanden ist, sofern sie nicht mit unterschrieben hat.

Ort, Datum

Unterschrift der
antragstellenden Person

Unterschrift der vertretungsberechtigten/
bevollmächtigten Person