

## Erklärung zur Verarbeitung und Weitergabe persönlicher Daten

Name, Vorname (Leistungsberechtigte/r) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert, dass zur Bearbeitung meines Antrags die Einbeziehung der zuständigen Abteilung für Schwerbehindertenangelegenheiten, des zuständigen Landschaftsverbandes sowie der fachlich notwendigen Integrationsfachdienste durch das Amt für Menschen mit Behinderung der Kreisverwaltung Mettmann zwingend erforderlich und eine Weitergabe der Daten notwendig sein kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Unterlagen aus dem Antragsvorgang an die oben aufgezählten Stellen zur Feststellung der Bedarfe unter Wahrung des Sozialgeheimnisses nach § 35 SGB I weitergegeben werden dürfen.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungs-verfahren von dem zuständigen Amt für Menschen mit Behinderungen in Sachen Schwerbehindertenangelegenheiten, des zuständigen Landschaftsverbandes sowie der fachlich notwendigen Integrationsfachdienste Auskünfte und Unterlagen anfordern darf, die für die Prüfung des Anspruches erforderlich sind.

Das Informationsblatt „[Informationspflicht nach Art. 13 DS-GVO](#)“ habe ich erhalten.



\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der leistungsberechtigten Person

