

AZ: _____

Anlage zum Antrag von Leistungen der Eingliederungshilfe

gem. §§ 90, 99, 102 ff. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Datenschutzerklärung

Name, Vorname (Leistungsberechtigte/r) _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Erklärung zur Verarbeitung und Weitergabe persönlicher Daten

Ich bin darüber informiert, dass zur Bearbeitung meines Antrags die Einbeziehung des zuständigen Gesundheitsamtes, des Begleitenden Dienstes der Kreisverwaltung Mettmann, des zuständigen Schulamtes, des zuständigen Landschaftsverbandes, des Sozialen Dienstes des Wohnortes, der Abteilung Wohnungswesen, der zuständigen Ausländerbehörde sowie des zuständigen Jugendamtes 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 medizinischen, sozialen und bei Baumaßnahmen der baurechtlichen Situation unter Wahrung des Sozialgeheimnisses nach § 35 SGB I weitergegeben werden dürfen.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren von dem zuständigen Fachbereich Behinderung und Ausweis, dem zuständigen Gesundheitsamt, anderen Trägern der Sozialversicherung, dem zuständigen Jugendamt, der zuständigen Ausländerbehörde, dem zuständigen Landschaftsverband, dem zuständigen Schulamt, dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (Mdk), den gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungen und Rentenversicherung (Knappschaft) 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 Leistungsberechtigter Person



Datum

Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten, des Ehepartners oder aller gesetzlichen Vertreter



AZ: _____

Anlage zum Antrag von Leistungen der Eingliederungshilfe gem. §§ 90, 99, 102 ff. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht

Name, Vorname (Leistungsberechtigte/r) _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die in **Anlage 1** genannten Personen, Institutionen und Einrichtungen gegenüber der für die Eingliederungshilfe der Kreisverwaltung Mettmann zuständigen Stelle sowie gegenüber dem mit meiner Begutachtung beauftragten privaten Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt des Kreisgesundheitsamtes Mettmann von der (ärztlichen) Schweigepflicht und bin mit dem gegenseitigen Austausch und der Überlassung von Unterlagen, Bescheiden, Befundunterlagen, Gutachten und Diagnostikberichten sowie den notwendigen medizinischen und fachärztlichen Informationen, die für das Verwaltungsverfahren notwendig sind, einverstanden.

Des Weiteren entbinde ich das zuständige Gesundheitsamt und den/die zu meiner Begutachtung beauftragten Arzt/Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht und bin mit der Übersendung von Stellungnahmen, ärztlichen Unterlagen, Gutachten und Diagnostikberichten sowie den notwendigen medizinischen und fachärztlichen Informationen u.ä., die für das Verwaltungsverfahren notwendig sind, an die für die Eingliederungshilfe der Kreisverwaltung Mettmann zuständige Stelle einverstanden.



Datum Unterschrift Leistungsberechtigte Person



Datum Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten, des Ehepartners oder aller gesetzlichen Vertreter



AZ: _____

Anlage 1

Behandelnde Ärzte (z.B. Kinderärzte, Sozialpädiatrische Zentren)

1. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____
2. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____
3. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____
4. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____

Zuständige Institutionen (z.B. Krankenkasse, Gesundheitsamt)

1. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____
2. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____
3. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____
4. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____

Sonstige (z.B. Schule, Ogata/OGS, Vereine)

1. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____
2. Bezeichnung	_____	Name	_____
Anschrift	_____	Telefon	_____

Für weitere Angaben bitte die Rückseite nutzen.