

AZ: \_\_\_\_\_

## Anlage zum Antrag von Leistungen der Eingliederungshilfe

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

### Datenschutzerklärung & Schweigepflichtentbindung

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 MdK, den gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungen und Rentenversicherung (Knappschaft) Auskünfte und Unterlagen anfordern darf, die für die Prüfung des Anspruches erforderlich sind.

**Ort, Datum und Unterschrift Leistungsberechtigter / alle Sorgeberechtigten**

(bei Minderjährigen die gesetzliche Vertretung)

#### Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte/innen / Krankenkassen / Kliniken / MdK / Sozialversicherungsträger / Sachgebiet Behinderung und Ausweis / Gesundheitsämter / Landschaftsverband Rheinland / Landschaftsverband Westfalen-Lippe und die Schule(n) meines Kindes (Mündels)

gegenüber der für die Eingliederungshilfe der Kreisverwaltung Mettmann zuständigen Stelle sowie gegenüber dem mit meiner Begutachtung beauftragten 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 von der ärztlichen Schweigepflicht und bin mit der Übersendung von Stellungnahmen, ärztlichen Unterlagen u. ä. an die für die Eingliederungshilfe der Kreisverwaltung Mettmann zuständige Stelle einverstanden.

**Ort, Datum und Unterschrift Leistungsberechtigter / alle Sorgeberechtigten**

(bei Minderjährigen die gesetzliche Vertretung)