

Anlage 1 zum Antrag

Zur Vorlage bei dem  
Magistrat der Stadt Fulda  
Abteilung Eingliederungshilfe

## **Datenschutzerklärung für Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX**

### Persönliche Angaben

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

### Angaben des/der Erziehungsberechtigten bzw. der gesetzlichen Vertretung

(ggf. Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

### **1. Schweigepflichtentbindung**

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgenden Stellen eingeholt werden können:

Behandelnde/r Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste, Einrichtungen

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Ja     Nein

Anlage 1 zum Antrag

Andere relevante Stellen (z.B. Kranken- und Pflegeversicherung, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt etc.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Ja  Nein

## 2. Zusätzliche Datenerhebung

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den entsprechenden Stellen, Schulen, Behörden, Einrichtungen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind.

Ja  Nein

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und dokumentiert werden.

Ja  Nein

## 3. Übermittlung der Daten an den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem (zukünftig) zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden.

Ja  Nein

## 4. Weitergabe von Daten an Dritte

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an weitere Rehabilitationsträger und Sozialleistungsträger, an das Schulamt, an Leistungserbringer und an ärztliche Gutachter weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Ja  Nein

## 5. Mitwirkungspflichten

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie (bzw. Ihre gesetzliche Vertretung) verpflichtet sind,

- alle Tatsachen und Änderungen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Nachweise vorzulegen (z.B. Kopien von Dokumenten wie (fach-)ärztlichen Berichten, Unterlagen zu Ihrer Einkommens- und Vermögenssituation, etc.),
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Wenn Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann nicht ordnungsgemäß geprüft werden, ob Sie die Voraussetzungen zum Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe erfüllen. In diesem Fall kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60-67 SGB I).

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen.

Ja  Nein

## 6. Widerspruchs- und Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei dem Träger der Eingliederungshilfe widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist davon nicht berührt.

Ja  Nein

---

Ort, Datum

Unterschrift der antragsstellenden Person  
(bzw. der gesetzlichen Vertretung)