**Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung für das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren in der Eingliederungshilfe**

1. **Antragsteller\*in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname      | Vorname      | Geburtsdatum      |
| Anschrift |  |  |

1. **ggf. rechtliche\*r Betreuer\*in**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname | Vorname      |
| Anschrift |  |

1. **bei minderjährigen Antragssteller\*in Angaben zu den Sorgeberechtigten**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname      | Vorname      |
| Anschrift |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname | Vorname      |
| Anschrift |  |

1. **Zweck der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Die Erhebung der persönlichen Daten sowie die nachfolgende Verarbeitung und Dokumentation für die Gesamt- und Teilhabeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie der individuellen Hilfeplanung benötigt. Sie fließen daher entsprechend bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtplans nach §§ 19 – 23 SGB IX bzw. §§ 117 ff SGB IX mit ein.

1. **Mitwirkungspflicht und Grenzen sowie Folgen fehlender Mitwirkung**

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung nach §§ 60 ff. SGB I verpflichtet sind z.B.:

* alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen
* Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen
* sich auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, § 66 SGB I.

1. **Freiwilligkeit der Angaben**

Der/die Leistungsberechtigte hat die Allgemeine Datenschutzinformation nach Art. 13 DSGVO erhalten und zur Kenntnis genommen. Er/sie wurde über die Schweigepflichten (v.a. § 203 StGB) sowie Sinn und Zweck der Schweigepflichtentbindung informiert.

Die Abgabe dieser Erklärung geschieht freiwillig.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Name und Anschrift** |
| [ ]  Mitarbeiter\*innen des folgenden Jugend -  amtes: |  |
| [ ]  Mitarbeiter\*innen des schulärztlichen Dienstes des Kreises Dithmarschen |  |
| [ ]  andere Kostenträger (Krankenkasse, Pflegekasse) |  |
| [ ]  Heilpädagog\*innen(Leistungserbringer)  |  |
| [ ]  Kinderärzt\*innen oder Fachärzt\*innen |  |
| [ ]  Krankengymnast\*innen |  |
| [ ]  Kindertagesstätten  |  |
| [ ]  bisherigen Kostenträgern |  |
| [ ]  Sonstige |  |

1. **Schweigepflichtentbindung**
	1. **Einholung von Auskünften**
2. Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Untersuchungsunterlagen und sonstigen Berichten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den genannten Stellen und Ärzten einholt.
3. Ich bin einverstanden, dass im Auftrag des Trägers der Eingliederungshilfe durch den Fachdienst Gesundheit im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens Informationen und Daten, die für die Bearbeitung der Fragestellung erforderlich sind, erhoben und entsprechend dokumentiert werden.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

* 1. **Weitergabe von Daten an Dritte**
1. Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens nach SGB XII bzw. SGB IX (z.B. zur weiteren notwendigen Sachverhaltsklärung oder Vorbereitung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz) erforderliche Daten, Ergebnisse von Gutachten etc. an die weiteren beteiligten Rehabilitationsträger sowie die Pflegekasse übermittelt.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Vorfeld und im Rahmen der Erstellung und Fortschreibung des Gesamt- bzw. Teilhabeplans erforderliche Daten, Ergebnisse von Gutachten an in Frage kommende Dienstleister (z.B. Einrichtungen, Dienste) übermittelt werden, soweit diese an der Erbringung der Hilfen bereits beteiligt sind oder künftig beteiligt werden sollen. Soweit als möglich werden die Daten in anonymisierter Form übermittelt.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen an andere öffentliche Stellen nach § 22 SGB IX, an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Fachdienst Gesundheit) weitergeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass durch den Träger der Eingliederungshilfe die im Verfahren zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den Fachdienst Gesundheit weitergegeben werden, soweit dieser im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahren einbezogen wird.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. **Zustimmung zur Durchführung einer Gesamtplankonferenz gemäß § 119 SGB IX oder einer Teilhabeplankonferenz gemäß § 20 SGB IX**
2. Ich bin damit einverstanden, dass eine Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX) oder eine Gesamtplankonferenz (§ 119 SGB IX) durchgeführt wird.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass an der Teilhabeplankonferenz bzw. Gesamtplankonferenz Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen, die Agentur für Arbeit und das Jobcenter sowie beteiligte Leistungserbringer teilnehmen.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Pflegekasse (vom für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortlichen Rehabilitationsträger) informiert wird und beratend an dem Verfahren teilnimmt, soweit dies erforderlich ist.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass der Anbieter der Leistungen der Hilfe zur Pflege (nach dem 7. Kapitel SGB XII), informiert und am Gesamtplanverfahren beteiligt wird, soweit dies erforderlich ist.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass der Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) oder der Gesamtplan (§ 121 SGB IX) an den Leistungserbringer       gesandt wird.

[ ]  Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

1. **Widerspruchsrecht**

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann. Auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung (s. unter 3.) wurde ich hingewiesen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich mit den Punkten, die nicht ausdrücklich von mir ausgeschlossen wurden, einverstanden bin.

**Achtung: Von getrenntlebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Eltern sind die Unterschriften beider Elternteile oder eine Vollmacht des nicht im Haushalt des Kindes lebenden Elternteils erforderlich.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift |

**Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

**Informationen nach Artikel 13 DSGVO**

**Unser Umgang mit Ihren Daten und Rechten**

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

nachfolgend informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte.

1. **Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?**

Verantwortliche Stelle ist:

Kreis Dithmarschen

Der Landrat

Stettiner Str. 30

25746 Heide

Telefon: 0481/97-0

E-Mail: info@dithmarschen.de

Bei Fragen zum Umgang mit Ihren Daten und zum Datenschutz in unserer Verwaltung:

Unser behördlicher Datenschutzbeauftragter ist:

**Jennifer Jähn-Nguyen**

datenschutz nord GmbH

Standort Hamburg

Sechslingspforte 2

22807 Hamburg

E-Mail: dithmarschen@datenschutz-nord.de

Telefon: +49 40 5936 160 412

Fax: +49 40 5936 160 411

Für die Wahrnehmung Ihrer Rechte können Sie sich neben Ihrer/Ihrem Sachbearbeiter\*in auch an die jeweilige Leitung des Geschäftsbereiches, des Fachdienstes oder an den behördlichen Datenschutzbeauftragten wenden.

1. **Welche Quellen und Daten nutzen wir?**

Im Gesamt- und Teilhabeplanverfahren (§§ 19 – 23 bzw. §§ 117 ff Sozialgesetzbuch IX) werden vom Träger der Eingliederungshilfe folgende personenbezogenen Daten erhoben:

• Name

• Geburtsdatum und Geburtsort

• Anschrift

• Staatsangehörigkeit

• Kontaktdaten (E-Mail, Telefon)

• Familienstand

• Angaben zu Familienangehörigen

• Wohnsituation

• Gesundheitszustand

• Einkommen, Vermögen und Beschäftigung

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir für die Bearbeitung Ihres Antrags von Ihnen erhalten.

Daneben verarbeiten wir personenbezogene Daten, die für die Prüfung des Antrags erforderlich sind. Dabei handelt es sich um Daten, die entweder bereits in der Kreisverwaltung vorhanden, oder die wir von Dritten zulässigerweise (z. B. aufgrund einer Rechtsgrundlage oder einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben. Weiter verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnissen, Grundbüchern, Handels- und Vereinsregistern, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

1. **Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?**

Die Erhebung der persönlichen Daten sowie die nachfolgende Verarbeitung und Dokumentation für die Gesamt- und Teilhabeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB IX sowie der individuellen Gesamt- / Teilhabeplanung benötigt. Sie fließen daher entsprechend bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamt- / Teilhabeplans nach §§ 19 – 23 SGB IX bzw. §§ 117 ff Sozialgesetzbuch IX mit ein. Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Landesdatenschutzgesetz (LDSG).

1. **Wer bekommt meine Daten?**

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren nach dem Sozialgesetzbuch IX gespeichert und können im Rahmen der Antragsbearbeitung Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an Gutachter, vorrangige Sozialleistungsträger (o. Jugendhilfeträger), Pflege- Krankenkasse, Einrichtungen, Träger, Gerichte, Unterhaltspflichtige übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs. 1 Sozialgesetzbuch X).

1. **Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?**

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftsersuchen und Beschwerden erforderlich sind und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. In der Regel beträgt die Aufbewahrungsfrist 5 Jahre.

1. **Besteht eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?**

Sie müssen nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Durchführung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. In der Regel wird es so sein, dass die Daten offensichtlich erforderlich sind. Wenn Sie Zweifel an der Erforderlichkeit haben, fragen Sie uns!

1. **Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?**

Wir nutzen in den einzelnen Verwaltungsverfahren grundsätzlich keine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gem. Art. 22 GS-GVO.

1. **Welche Datenschutzrechte haben Sie?**

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 19 DSGVO für falsche Daten sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen der §§ 9 und 34 Abs.3 LDSG. Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz, Postfach 71 16, 24171 Kiel, Telefon: 0431 988-1200,

E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de), wenn sie der Ansicht ist, dass ihre personenbezogenen Daten rechtswidrig verarbeitet werden.