



Eingangsstempel

Postausgang	
Fallmanager	
Erstberatung	
<u>Anlagen</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Anlage I- Übersicht Dokumente <input type="checkbox"/> Anlage II- Mobilitätshilfe/-hilfsmittel <input checked="" type="checkbox"/> Datenschutzerklärung <input checked="" type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindung <input type="checkbox"/> Sonstige Anlagen:	

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe -

Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und Lebensführung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.

Ich möchte folgende Leistung(en) beantragen:

Bitte kurz begründen

Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Träger bewilligt oder abgelehnt?

- Ja (bitte Nachweis beifügen)
 Nein

Wurde die Leistung bereits bei einem anderen Träger beantragt?

- Ja, beantragt (wann, wo)

 Nein

Haben Sie in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?

- Ja (bitte Nachweis beifügen)
 Nein

1. Persönliche Angaben der antragstellenden Person

Familienname	
Vorname	
Geburtsname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	



Haben Sie sich in den letzten zwei Monaten vor Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, unter folgender Anschrift: _____ _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden (Urteil beifügen) <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Geburtsdatum,-ort	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Dokumente beifügen)	
Steueridentifikationsnummer	
Bankverbindung	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	
Betreuer/ Bevollmächtigter¹ <input type="checkbox"/> kein Betreuer / Bevollmächtigter	
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Bitte Betreuerausweis beziehungsweise Vollmacht beifügen!	

2. Angaben zur Behinderung	
Art der Behinderung - Bitte aktuelle ärztliche Unterlagen beifügen!	
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> sonstiges: _____

¹ In dieser Erklärung wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.



Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> Ja (Ausweiskopie und Feststellungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja: Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____	
Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (zum Beispiel Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, in Höhe von: _____ EUR/monatlich beziehungsweise Abfindung in EUR: _____ (Bitte Nachweise beifügen!)	
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein

3. Angaben zur Sozialversicherung	
Kranken- und Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wo sind Sie versichert? (Name und Anschrift)	
Versicherungsnummer	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____
Sind Sie im Krankheits- oder Pflegefall beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja, bei: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche Leistung wird erbracht (Pflegevertrag beifügen)? <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombileistung	
Wurde ein Pflegegrad beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Rentenversicherung	
Name und Anschrift Rentenversicherung	
Versicherungsnummer	
erwerbsgemindert	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> dauerhaft seit: _____ <input type="checkbox"/> befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> Nein
zuletzt ausgeübter Beruf	



4. Angaben zu weiteren Personen die im Haushalt der antragstellenden Person leben

	im Haushalt lebender Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Partner	Kind 1	Kind 2	sonstige Personen: _____
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Staatsangehörigkeit				
unterhaltsberechtig		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zu den Eltern

	1. Elternteil	2. Elternteil
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift		
Staatsangehörigkeit		
(eventuell) Sterbedatum		

5. Angaben zum Einkommen gemäß §§ 135-142 SGB IX

Erhalten Sie aktuell existenzsichernde Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) – Grundsicherung für Arbeitssuchende – beziehungsweise Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe oder andere Leistungen?

Ja (Bewilligungsbescheid beifügen) Nein

Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (zum Beispiel Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

Ja, und zwar: _____ Nein

Beantragte Leistung	Anschrift und Aktenzeichen
---------------------	----------------------------

Liegt Ihnen der **Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres** vor?

Ja (Bescheid beifügen)
 Nein (bitte folgende Punkte ausfüllen)

Steuerbescheid/Einkommensnachweise Vorvorjahr
 Beispiel: Sie beantragen eine Leistung im Jahr 2020, so legen Sie den Steuerbescheid/die Einkommensnachweise für das Jahr 2018 vor.



Einkünfte des Vorvorjahres	Betrag in EUR
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit (Lohn/Gehalt)	
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbstständiger Arbeit	
<input type="checkbox"/> Rente (Altersrente, Witwen- und Waisenrente, Rente wegen Erwerbsminderung, etc.)	
<input type="checkbox"/> Pensionen, Betriebsrenten, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Leibrenten	
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Kapitalvermögen/Zinsen	
<input type="checkbox"/> Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Pflegegeld	
<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte (zum Beispiel Kindergeld)	
Haben sich die Einkünfte zum aktuellen Jahr erheblich verändert ?	
<input type="checkbox"/> Ja (Belege beifügen und erhebliche Abweichungen begründen)	<input type="checkbox"/> Nein

6. Angaben zum Vermögen	
Bargeld, Guthaben, sonstiges Vermögen (Nachweise beifügen)	Betrag in EUR
<input type="checkbox"/> Bargeld	
<input type="checkbox"/> Girokonto, Sparsbuch (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	
<input type="checkbox"/> Internet-Konto (zum Beispiel PayPal, Amazon, Bitcoin)	
<input type="checkbox"/> Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorgevertrag	
<input type="checkbox"/> Staatlich geförderte, private Altersvorsorge	
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung/Rentenversicherung mit Rückkaufswert	
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung mit Rückkaufswert	
<input type="checkbox"/> Wertpapiere (Anlageform / Institut)	
<input type="checkbox"/> Ansprüche aus Erbschaften einschließlich Pflichtteilen	
<input type="checkbox"/> Sonstige Forderungen (zum Beispiel Schadenersatz, Außenstände usw.)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges Vermögen (zum Beispiel Auto, Motorrad, Boot etc.) Kaufvertrag und eventuelle Zulassungspapiere beifügen.	
<input type="checkbox"/> Ich erkläre ausdrücklich, kein Vermögen zu haben	
Angaben zu Immobilien und Grundstücken im In- und Ausland	
Sind Sie (Mit-)Eigentümer von Immobilien und/oder Grundbesitz?	
<input type="checkbox"/> Ja, dann folgende Punkte beachten (Grundbuchauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Hauseigentum	
<input type="checkbox"/> Wohnungseigentum	
<input type="checkbox"/> Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke	
<input type="checkbox"/> Sonstiges Haus- oder Grundvermögen:	



Vermögensübertragungen		
Wurde vor Antragsstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, zum Beispiel Haus- / Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen oder wurde auf Wohnrechte beziehungsweise sonstige Rechte verzichtet? <input type="checkbox"/> Ja, in den letzten 10 Jahren <input type="checkbox"/> Ja, vor über 10 Jahren <input type="checkbox"/> Nein		
Haben Sie jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus und fügen Sie gegebenenfalls eine Aufstellung bei.		
Begünstigte Person (Name, Wohnanschrift)	Art der Zuwendung (Was wurde übertragen?)	Höhe/Wert der Zuwendung
Vertragliche Rechte		
Haben Sie Anspruch auf vertragliche Rechte? <input type="checkbox"/> Ja, dann folgende Punkte beachten (Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Anspruch auf Wohnrecht oder Nießbrauch		
<input type="checkbox"/> Anspruch auf Pflege		
<input type="checkbox"/> Verpfändungen/ Bürgschaften		
<input type="checkbox"/> Verzicht auf vertragliche Rechte (bitte erläutern)		
<input type="checkbox"/> sonstige Ansprüche:		

Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Wenn und solange ich Eingliederungshilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Eingliederungshilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch).

Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), § 103 SGB XII).

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des Landkreises Potsdam-Mittelmark nach Art. 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit §§ 82, 82a SGB X habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift antragstellende Person / gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter



Anlage I Anforderung von Unterlagen zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

Dieses Dokument ist für Ihre Unterlagen und soll Ihnen als Übersicht dienen welche Dokumente Sie eventuell Ihrem Antrag beifügen müssen. Bitte gleichen Sie es mit Ihrem Antrag ab. Sollten Sie bereits alles eingereicht haben finden, Sie eventuell eine Aufstellung an Unterlagen die noch benötigt werden.

- Antragsformular
 - Anlage I - für Mobilitätshilfe/Mobilitätshilfsmittel
 - Schweigepflichtentbindung
- Personalausweis / Meldebescheinigung
- Scheidungsurteil
- Dokumente zum Aufenthaltsstatus
- Betreuerausweis mit Angabe des Wirkungsbereiches
- Vollmacht/Vorsorgevollmacht
- ärztliche Unterlagen (zum Beispiel Klinik- oder Reha- Entlassungsbericht)
- Schwerbehindertenausweis/Feststellungsbescheid Schwerbehinderung
- Nachweis von Erstattungsansprüchen, beispielsweise gegenüber einer Haftpflichtversicherung
- Nachweis zur Kranken- und Pflegeversicherung, z.B. Krankenversichertenkarte
- Bescheid Pflegegrad
- Pflegevertrag
- Nachweis zur Rentenversicherung
- Nachweise Nachweis zur Unterhaltszahlung

Nachweise zum Einkommen

- Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII), Hilfe zum Leben
- Arbeitslosengeld I oder II, Krankengeld, Übergangsgeld
- Einkünfte des Vorjahres (beispielsweise Rente, Lohn/Gehalt, etc.)

Nachweise zum Vermögen

- Kontoauszug Girokonto der letzten 3 Monate und Sparbuchauszug
- Kontoauszüge Internetkonto
- Genossenschaftsanteile
- Bestattungsvorsorgevertrag



- private Altersvorsorge
- Lebensversicherung / Rentenversicherung mit Rückkaufswert
- Unfallversicherung mit Rückkaufswert
- Wertpapiere
- Erbschein zum Erbspruch einschließlich Pflichtanteil
- Kaufvertrag und Zulassungspapiere für Auto/Motorrad/Boot

Nachweise zu Immobilien/Grundstücke im In- und Ausland

Grundbuchauszug:

- Hauseigentum
 - Wohnungseigentum
 - Unbebaute Grundstücke/ land- und forstwirtschaftliche Flächen
 - Nachweis zu sonstigem Haus- und Grundvermögen
-
- Nachweis zu Vermögensübertragen innerhalb der letzten 10 Jahre
 - Nachweis zu privaten Darlehen
 - Nachweis zu vertraglichen Rechten
 - 3 Kostenvoranschläge (voneinander unabhängig)



Information über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (DS-GVO)

Aufgrund Ihres Antrages auf Leistungen der Eingliederungshilfe werden in diesem Zusammenhang personenbezogene Daten nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in der geltenden Fassung ab dem 01.01.2020 verarbeitet.

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a DS-GVO)

Verantwortlicher: Landkreis Potsdam-Mittelmark
Der Landrat
Niemöllerstraße 1
14806 Bad Belzig

Innerorganisatorisch für die Datenverarbeitung verantwortlich:

Fachdienst: Fachdienst Soziale Leistungen
Fachdienstleitung
Niemöllerstraße 1
14806 Bad Belzig

Kontakt:

Telefon: 033841 – 91 368
Fax: 033841 – 91 185
E-Mail: sozialamt@potsdam-mittelmark.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten (Art. 13 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO)

Anschrift:

Landkreis Potsdam-Mittelmark
Datenschutzbeauftragter
Niemöllerstraße 1
14806 Bad Belzig

Kontakt:

Telefon: 033841 – 91 227
Fax: 033841 – 91 444
E-Mail: datenschutz@potsdam-mittelmark.de

3. Zweck der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe c DS-GVO)

Soweit es für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Eingliederungshilfe im Einzelfall erforderlich ist, werden Ihre persönlichen Daten (z. B. Personalien, Anschrift, Kontaktdaten, wirtschaftliche Verhältnisse, Familienverhältnisse, Versicherungsstatus, Wohn- und Lebensumstände, Aufenthaltsstatus, gesundheitsbezogene Daten wie z. B. Art und Auswirkung der Behinderung, Pflegegrad) manuell bzw. automatisiert verarbeitet (d. h. insbesondere: erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt).

Soweit es zur Aufklärung des Sachverhalts erforderlich ist, kann der Fachdienst Soziale Leistungen auch Daten, die von anderen Stellen erhoben wurden (z. B. von anderen Stellen innerhalb der Verwaltung wie Gesundheitsamt, von anderen Leistungsträgern, Finanzbehörden, medizinischen/therapeutischen Einrichtungen, Leistungsanbietern, anderen Behörden), von diesen Stellen einholen.

Ihre Daten werden erhoben, um prüfen zu können, ob ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe besteht und um bestehende Ansprüche erfüllen zu können.

Wird eine Leistung der Eingliederungshilfe gewährt, können Ihre Daten darüber hinaus zur Prüfung, Geltendmachung und Durchsetzung potenzieller Rückforderungsansprüche (Kostenerstattung, Aufwendungsersatz) sowie zur Sicherung von Rückforderungsansprüchen gespeichert und genutzt werden.



4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe d DS-GVO)

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. c, Abs. 3 DS-GVO in Verbindung mit §§ 67a ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), Art. 7 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO (Einwilligung) und §§ 60 – 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) verarbeitet. Der Fachdienst Soziale Leistungen benötigt Ihre Daten, um prüfen zu können, ob die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Aufgrund fehlender Mitwirkung (§§ 60, 66 SGB I) kann Ihr Antrag abgelehnt werden.

5. Empfänger der personenbezogenen Daten bzw. Kategorien von Empfängern (Art 13 Abs. 1 Buchst. e DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten erhalten folgenden Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern:

1. Innerhalb des Verantwortlichen: Der zuständige Fachbereich
2. Auftragsverarbeiter: Verarbeitungssoftware OPEN/PROSOZ
3. Außerhalb des Verantwortlichen:

Ohne Ihre Einwilligung werden die personenbezogenen Daten nicht weitergeleitet. Davon ausgeschlossen sind die Ermächtigungen ohne Einwilligung, spezifische Amtsermittlungs-, Erhebungs- und Übermittlungsgrundsätze im Sozialverwaltungsverfahren nach den Regelungen des SGB. Sofern im Rahmen der Verarbeitung die personenbezogenen Daten außerhalb des Verantwortlichen übermittelt werden, erfolgt dies aufgrund gesetzlicher Ermächtigung.

Eine Datenübermittlung kann z. B. an folgende Stellen außerhalb des Verantwortlichen notwendig sein: Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, gesetzliche Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, Jugendamt, Finanzamt, Gesundheitsamt, Landesamt für Soziales und Versorgung, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz, Verwaltungs- und/oder Sozialgerichte, Leistungserbringer.

Verarbeitet werden alle relevanten Daten, die zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX erforderlich sind.

6. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten (Art. 13 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO)

Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt solange dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung notwendig ist, längstens jedoch für die Dauer von 10 Jahren nach dem Ende des Bewilligungszeitraumes bzw. des letzten Verwaltungshandelns oder solange dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben (gemäß § 67c SGB X) erforderlich ist.



7. Rechte der betroffenen Person im Rahmen der Verarbeitung
(Art. 13 Abs. 2 Buchst. b DS-GVO)

Die nachfolgenden Rechte bestehen nur nach den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen und können auch durch spezielle Regelungen eingeschränkt oder ausgeschlossen werden.

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob die betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in § 83 SGB X in Verbindung mit Art. 15 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die **Berichtigung** sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen (§ 84 SGB X in Verbindung mit Art. 16 DS-GVO).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass die betreffenden personenbezogenen Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in § 84 SGB X in Verbindung mit Art. 17 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**, siehe Punkt 6 nach Ablauf von 10 Jahren).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in § 84 SGB X in Verbindung mit Art. 18 DS-GVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat für die Dauer der Prüfung durch den Verantwortlichen.

Die betroffene Person hat das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln (Art. 20 DS-GVO).

Die betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten **Widerspruch** einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann grundsätzlich nicht mehr (§ 84 SGB X in Verbindung mit Art. 21 DS-GVO).

8. Recht auf Widerruf der Einwilligung (Art. 13 Abs. 2 Buchst. c DS-GVO)

Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf einer Einwilligung beruht (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a oder Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO), haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung gemäß § 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 DS-GVO jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

9. Beschwerderecht bei Aufsichtsbehörden (Art. 13 Abs. 2 Buchst. d DS-GVO)

Im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde nach § 81 Abs. 1 Nr. 2 SGB X in Verbindung mit Art. 77 Abs. 1 DS-GVO.

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht

Frau Dagmar Hartge

Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 – 356 0, Fax: 033203 – 356 49

Internet: www.lda.brandenburg.de





Schweigepflichtentbindung

Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

1. Persönliche Angaben (von der beantragenden Person, beziehungsweise dem gesetzlichen Betreuer² / der bevollmächtigten Person auszufüllen)	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)	
Telefonnummer	
Betreuer / Bevollmächtigter	keinen Betreuer / Bevollmächtigter
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)	
Telefonnummer	

2. Erklärung über die Befreiung von der (ärztlichen) Schweigepflicht	
a. Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen eingeholt werden können.	
<input type="checkbox"/> Ja , dann behandelnde Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste mit Namen und Anschrift eintragen. <input type="checkbox"/> Nein	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

² In dieser Erklärung wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.



b. Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten anderen relevanten Stellen eingeholt werden können.

Ja, dann zutreffende Stelle ankreuzen. Bitte **Nein**
Geben Sie Ihre Kunden- / Versicherungsnummer,
Ansprechpartner und deren Telefonnummer an.

Bundesagentur für Arbeit

Deutsche Rentenversicherung

Krankenversicherung

Pflegeversicherung

Unfallversicherung

Jugendhilfe

Integrationsamt

Integrationsfachdienst

Versorgungsamt (Träger der Sozialen Entschädigung)

Sonstige

3. Zusätzliche Datenerhebung

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt, durch Fachärzte, durch die Bundesagentur für Arbeit und durch die Träger der Rentenversicherung erforderliche Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Bedarf erhoben und dokumentiert werden.

Ja **Nein**



4. Übermittlung von Daten im Rahmen der Teilhabeplanung an andere Rehabilitationsträger

Mir ist bewusst, dass während der Bearbeitung eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern oder Stellen erforderlich sein kann, um die für mich konkret in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen (§§ 14-23 SGB IX). Dies umfasst insbesondere die sogenannte Teilhabeplanung, die in Abstimmung mit mir durchgeführt wird. Ebenfalls bin ich darüber informiert, dass es bei einer Teilhabeplanung möglich ist, dass die Verantwortung für das Verfahren und damit auch die datenschutzrechtliche Verantwortung auf einen anderen beteiligten Rehabilitationsträger übergeht. Dementsprechend bin ich mit der Übermittlung von Daten im Rahmen der Teilhabeplanung an andere Rehabilitationsträger einverstanden.

Ja Nein

5. Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich unter Ziffer 6. der Erläuterung zur Schweigepflichtentbindung hingewiesen.

Ja Nein

Datum Unterschrift beantragende Person / gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter

Anlage

Erläuterung zur Schweigepflichtentbindung





Information für Personen, die beim Landkreis Potsdam-Mittelmark einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe stellen.

(Bitte nicht zurück an den Landkreis Potsdam-Mittelmark senden)

Erläuterung zur Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden erläutern wir Ihnen kurz, warum beziehungsweise wann wir von Ihnen eine Entbindung von der Schweigepflicht benötigen.

1. Warum benötigt der Landkreis Potsdam-Mittelmark Informationen zur medizinischen Vorgeschichte?

Wenn Sie wegen einer Beeinträchtigung, chronischen Erkrankung oder Behinderung Unterstützung benötigen, um Ihren Alltag zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, stellen Sie einen Antrag beim Landkreis Potsdam-Mittelmark. Der Landkreis kann für Sie Leistungen der Eingliederungshilfe bewilligen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn bei Ihnen eine (sozial-) medizinische Diagnose einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung vorliegt. Dies muss mit einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einhergehen.

Aus der Krankengeschichte sollte hervorgehen, dass die Erkrankung beziehungsweise ihre Folgen voraussichtlich länger als 6 Monate anhalten und somit eine Behinderung vorliegt (Leistungsvoraussetzung). Dies hat der Gesetzgeber so vorgegeben.

2. Warum eine Schweigepflichtentbindung?

Sehr oft haben andere Institutionen und/oder Dienste sowie Ärzte bereits die benötigten Informationen vorzuliegen, die sie nur dann dem Landkreis Potsdam-Mittelmark zur Verfügung stellen dürfen, wenn eine Schweigepflichtentbindung vorliegt.

3. Welche Ärzte, Dienste und Institutionen fragt der Landkreis Potsdam – Mittelmark an?

Der Landkreis Potsdam-Mittelmark wird nur von den Ärzten, Diensten und Institutionen Informationen einholen, die zu der Erkrankung/Behinderung eine Aussage machen können, die mit dem Antrag auf Eingliederungshilfe im Zusammenhang stehen. Tragen Sie daher unter Ziffer 2.a. und 2.b. der Schweigepflichtentbindungserklärung nur Personen/Stellen ein, die aktuelle Informationen über Ihre Erkrankung haben oder etwas zu Ihrer jüngsten Krankengeschichte sagen können.

4. Gibt der Landkreis Potsdam-Mittelmark die Daten an Dritte weiter?

Bei der Bearbeitung kann eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern oder Stellen erforderlich sein, um die für Sie konkret in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen (§§ 14-23 SGB IX). Dies umfasst insbesondere die sogenannte Teilhabeplanung, die in Abstimmung mit Ihnen durchgeführt wird. Bei den oben genannten Abstimmungen zwischen den Rehabilitationsträgern und gegebenenfalls den Stellen nach § 22 SGB IX kann es erforderlich werden, dass zwischen diesen Stellen Daten übermittelt werden sollen, die nicht in Ihrem Antrag enthalten bzw. dem leistenden Rehabilitationsträger nicht durch Sie selbst mitgeteilt wurden und den beteiligten Rehabilitationsträgern/Stellen von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer anderen zur Verschwiegenheit verpflichteten Person (§ 203 Strafgesetzbuch) zugänglich gemacht worden sind (z.B. durch einen Gutachter bzw. Sachverständigen).



5. Was passiert, wenn die Entbindung der Schweigepflicht nicht erklärt wird?

Ohne Erklärung zur Schweigepflichtentbindung darf der Landkreis Potsdam-Mittelmark bei anderen Institutionen, Diensten oder Ärzten keine ärztlichen Unterlagen einholen. In diesem Fall beauftragt der Landkreis Potsdam-Mittelmark in der Regel ein Gesundheitsamt oder einen Gutachter mit der Durchführung einer amtsärztlichen Untersuchung. In jedem Fall nimmt die Bearbeitung eines Antrags einen deutlich längeren Zeitraum in Anspruch und es dauert zwangsläufig länger, bis über einen Antrag entschieden werden kann.

6. Mitwirkungspflichten

Sofern Sie in Ausübung Ihrer Rechte durch Nichterteilung beziehungsweise, Widerruf einer Einwilligung oder durch Widerspruch nach § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch die Datenverarbeitung bei der Bearbeitung Ihres Antrags einschränken, kann dies Auswirkungen auf die Möglichkeit der Leistungsbewilligung haben. Welche Auswirkungen dies sind, bestimmt sich nach den konkreten Umständen im Einzelfall.

Dabei werden auch die gesetzlichen Regelungen zur Mitwirkung [§§ 60 bis 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch(SGB I)] und fehlenden Mitwirkung (§§ 66, 67 SGB I) herangezogen. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind,

alle Tatsachen anzugeben, die für die Bewilligung der Leistung erheblich sind, entsprechende, relevante Nachweise vorzulegen,

sich auf Verlangen ärztlichen und/oder psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Wenn Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann der Landkreis Potsdam – Mittelmark nicht ordnungsgemäß prüfen, ob Sie die Voraussetzungen zum Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe erfüllen beziehungsweise wird diese Klärung erheblich erschwert. In diesem Fall kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

7. Informationen zu den Rechtsgrundlagen?

Wir sind verpflichtet Sie über die Rechtsgrundlage zu informieren, die im Zusammenhang mit der Schweigepflichtentbindung von Bedeutung sind. Aktuell können die Rechtsgrundlagen bei uns eingesehen werden.