

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

1. Antragsteller/in

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
--------------	---------	--------------

2. ggf. rechtliche/r Betreuer/in

Familienname	Vorname
--------------	---------

3. 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 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.

4. 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.

5. 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

6. Schweigepflichtentbindung

6.1 Einholung von Auskünften

- a) Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Untersuchungsunterlagen und sonstigen Berichten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten einholt.

		Ja, damit bin ich einverstanden
Arzt/Facharzt:		<input type="checkbox"/>
Psychiater/Psychologe:		<input type="checkbox"/>
begutachtende Stelle:		<input type="checkbox"/>
Schulamt:		<input type="checkbox"/>
Kindertageseinrichtungen:		<input type="checkbox"/>
Agentur für Arbeit:		<input type="checkbox"/>
Rentenversicherungsträger:		<input type="checkbox"/>
Integrationsfachdienst:		<input type="checkbox"/>
Dienstleister/Leistungserbringer:		<input type="checkbox"/>
Fachdienst Gesundheit		<input type="checkbox"/>
Fachdienst Unterhalt		<input type="checkbox"/>
Jugendhilfe		<input type="checkbox"/>
Sonstige:		

- b) 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.

6.2 Weitergabe von Daten an Dritte

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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 Teilhabeplanverfahrens einbezogen wird.
☐ Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

- e) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe gegenüber Leistungserbringern, die mit Ihnen einen Betreuungsvertrag abgeschlossen haben, Auskünfte zum Bearbeitungsstand Ihres Sozialhilfeantrages nach dem SGB XII geben darf.

☐ Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

7. Zustimmung zur Durchführung einer Gesamtplankonferenz gemäß § 141 SGB IX oder einer Teilhabeplankonferenz gemäß § 20 SGB IX

- a) Ich bin damit einverstanden, dass eine Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX) oder eine Gesamtplankonferenz (§ 141 SGB XII) durchgeführt wird.

☐ Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

- b) 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.

- c) 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.

- d) 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.

8. 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 DSGVO 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.

Ort, Datum

Unterschrift