Bestätigung Schweigepflichtentbindung

Hilfeempfänger:

Familienname	
Vorname	
Geburtstag	
Anschrift	

Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigte/r:

Familienname	
Vorname	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefonnummer	

1. Die beigefügte Netzwerkkarte ist durch den/die Hilfeempfänger/in bzw. dessen Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/n oder die/den Sorgeberechtigte/n durch Unterschrift zu bestätigen.

2. Der Sozialhilfeträger wird ermächtigt, die in der Netzwerkkarte aufgeführten Netzwerkpartner zu einem gemeinsamen Hilfe-/Gesamtplangespräch einzuladen, um den Teilhabebedarf festzustellen und Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger zu koordinieren und abzustimmen.

3. Die erhobenen und aufgezeigten Daten sind zur Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem 2. Teil des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) bestimmt. Die Sozialdaten dienen ausschließlich der Abklärung des individuellen Hilfebedarfs. Die Regelungen zum Sozialdatenschutz gemäß §§ 67 ff SGB X werden beachtet.

   Alle am Verfahren beteiligten Personen und Stellen dürfen gemäß § 78 SGB X die Daten, die sie zur Kenntnis bekommen haben, nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie ihnen befugt übermittelt worden sind.
   Eine Weitergabe bzw. Übermittlung an nicht in der Netzwerkkarte benannte Personen oder Stellen bedarf der ausdrücklichen Einwilligung des Hilfeempfängers. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Sozialdatenschutzes nach §§ 67 ff SGB X.

   Ich bin damit einverstanden, dass Angaben, soweit diese für die Hilfeplanung, die Entscheidung des Antrages auf Leistungen zur Teilhabe sowie Einschätzung des Teilhabebedarfes nach den Vorschriften des SGB IX erforderlich sind, erhoben werden.

   Ich entbinde die in der Netzwerkkarte aufgeführten Personen/Institutionen/Behörden von der Schweigepflicht.

4. Die Netzwerkpartner werden ermächtigt untereinander telefonisch, schriftlich oder in anderer Weise unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen/Regelungen in Kontakt zu treten und personenbezogene Daten auszutauschen, um eine Einschätzung bzw. Überprüfung des Teilhabebedarfes sowie eine Steuerung der Hilfe vornehmen zu können.

   Zu diesem Zweck erhalten die in der Netzwerkkarte aufgeführten Träger/Personen/Institutionen sowie der/die Hilfeempfänger/in bzw. dessen Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/n oder die/den Sorgeberechtigte/n eine Kopie bzw. bei Änderungen eine aktualisierte Kopie der Netzwerkkarte.

   Diese wird im Regelfall zur Gesamtplankonferenz aktualisiert und ausgereicht.

Ich weiß, dass nur durch die im Rahmen der Hilfeplanung erhobenen bzw. ermittelten Daten ein individueller Hilfebedarf ermittelt werden kann.

Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich stimme dieser Schweigepflichtentbindung ☐ zu. ☐ nicht zu.

Ich stimme einer Datenweitergabe innerhalb der Organisationseinheit des Landratsamtes Vogtlandkreis – Sozialamt ☐ zu. ☐ nicht zu.

Ich stimme dem Versand des Bescheides an den/die beteiligte/n Leistungserbringer / Einrichtung/en / Träger der Maßnahme ☐ zu. ☐ nicht zu.

Ich stimme einer Datenweitergabe an mich (Betreuer/Bevollmächtigter) und den in der beiliegenden Netzwerkkarte aufgeführten Personen/Institutionen/Behörden per einfacher Email zu. ☐ zu. ☐ nicht zu.

<u>Zustimmung/en im Zuge der Bedarfsermittlung:</u>

Der ITP ist an mich/uns zu übersenden ☐ ja ☐ nein

Ich stimme dem Versand des Gesamtplanes an den/die beteiligte/n Leistungserbringer / Einrichtung/en / Träger der Maßnahme etc. ☐ zu. ☐ nicht zu.

…… …….
Ort, Datum Hilfeempfänger, Betreuer/Bevollmächtigter bzw. Sorgeberechtigte/r*

* Ein allein unterzeichnender Sorgeberechtigter erklärt mit seiner Unterschrift, dass alleiniges Sorgerecht besteht/er bevollmächtigt ist, für den weiteren Sorgeberechtigten zu entscheiden **(bitte unzutreffendes streichen)**

<u>Datenschutz</u>

Ich habe Kenntnis von den datenschutzrechtlichen Informationen des Sozialamtes nach Artikel 13 Abs. 1 und 2 sowie Artikel 14 Abs. 1 und 2 der Datenschutzgrundverordnung.

Das entsprechende Informationsblatt "Sozialamt - DSGV Informationspflichten" liegt mir vor.

…… …….
Ort, Datum Hilfeempfänger, Betreuer/Bevollmächtigter bzw. Sorgeberechtigte/r*