**Entbindungs-/Einwilligungserklärungen für Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

|  |  |
| --- | --- |
| (Name und Vorname der antragstellenden Person) |  |
|  |  |
| (Wohnanschrift) |  |

**Bei Anträgen für Kinder und Jugendliche**

|  |
| --- |
| (Name und Vorname des Kindes/ Jugendlichen) |
| (Anschrift des Kindes / Jugendlichen) |
| (Geburtsdatum des Kindes / Jugendlichen) |
| (Name des/der Personensorgeberechtigten bzw. der Antragstellenden Person) |
| (Abweichende Wohnanschrift) |

**Bei bestehendem Betreuungsverhältnis: Name/Anschrift der Betreuerin/ des Betreuers**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation ~~für die Hilfeplanung~~ werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und zur Gesamt- bzw. Teilhabeplanung benötigt.

Im Rahmen der Erstberatung soll Ihre aktuelle Situation und Ihr Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Im Rahmen der Antragstellung ist es daher notwendig, dass Sie:

- alle Tatsachen angeben, die für die Leistung erheblich sind,

- Beweismittel bezeichnen oder vorlegen,

- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und weiteren Unterlagen nicht vorlegen können oder wollen ist es erforderlich, dass Sie die unten stehende Einwilligungserklärung abgeben.

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 (§§ 60 – 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch -SGB I-).

**Einholung von Auskünften/ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber dem Kreis Ostholstein, der Landrat, Fachdienst Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe und dem Fachdienst Gesundheit zu, soweit sie zur Erfüllung von Aufgaben der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) erforderlich sind.

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

|  |
| --- |
| □ Hausarzt: |
| □ Facharzt: |
| □ Kinderarzt: |
| □ Krankenhaus/ Klinik: |
| □ SPZ (Medizin, Psychologie, Therapie): |
| □ Träger der mobilen Frühförderung: |
| □ Kindertagesstätte:  (bitte Name der Kita-Leitung eintragen) |
| □ Schule  (bitte Namen der Schule und der Schulleitung eintragen): |
| □ Schulamt: |
| □ Sonstige: |

**Weitergabe von Daten an andere Dritte**

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger und an ärztliche Gutachter (hier: Fachdienst Gesundheit des Kreises Ostholstein) weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist, es sei denn, Sie widersprechen nachfolgend der Übermittlung (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

□ Hiermit stimme ich einer Übermittlung zu

□ Hiermit widerspreche ich der Übermittlung

**Übermittlung von Daten an den Träger der Eingliederungshilfe**

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe/n, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden. Das gilt auch für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) durch das Jobcenter bzw. für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) durch die Agentur für Arbeit erheben kann.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden**,** dass der Fachdienst Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe des Kreises Ostholstein Daten zu meiner Leistungsberech-tigung und möglichen Ansprüchen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) beim Jobcenter SGB II bzw. für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) bei der Agentur für Arbeit und für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch SGB XII der Träger der Grundsicherung erheben kann.

Ja □ Nein □

**Übermittlung von Daten durch den 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 folgenden zuständigen Stellen/ Institutionen übermittelt werden dürfen:

□ Pflegekasse □ Jugendhilfeträger □ Krankenkasse □ Rentenversicherungsträger   
□ Leistungserbringer □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Widerspruchsrecht / Widerruf Einwilligung**

Mir/ uns ist bekannt, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab und jederzeit für die Zukunft widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Die Entbindungs-/Einwilligungserklärungen kann ich / können wir jederzeit beim Kreis Ostholstein, FD Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe, Lübecker Str. 41, 23701 Eutin, widerrufen.

Die Einwilligungserklärung wurde von mir/ uns freiwillig erteilt.

Meine Einwilligungen kann ich / können wir jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Folgen fehlenden Mitwirkung sind mir /uns bekannt. Die Datenschutzhinweise nach Art. 13/14 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in, gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in