

**Antragsteller\_in:**

Name, Vorname:

## **I. Sozialrechtliche Mitwirkungspflichten im Gesamt- und Teilhabeplanverfahren der Eingliederungshilfe**

### **1. Hinweise zur Mitwirkungspflicht, Grenzen der Mitwirkung und Folgen fehlender Mitwirkung**

Im Rahmen der Antragstellung oder des Bezugs von Eingliederungshilfe bedarf es Ihrer Mitwirkung. Sie bzw. von Ihnen vertretenen Personen sind insbesondere verpflichtet:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Eingliederungshilfeträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I)
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I)
- Nachweise/ Urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB I)
- sich auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen (§ 62 SGB I)

Kommen Sie Ihren gesetzlichen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, sofern die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

Aus der Mitwirkungspflicht des § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I folgt außerdem, dass Sie, soweit Sie die erforderlichen Unterlagen nicht selbst vorlegen können, die nachfolgende Zustimmungserklärung (**2.a.**) abzugeben haben, um dem Eingliederungshilfeträger die Einholung der erforderlichen Auskünfte bei Dritten zu ermöglichen.

### **2. Zustimmungserklärung und Belehrung**

Zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigen wir Daten, die wir verarbeiten müssen. Datenverarbeitung bedeutet, dass wir ausschließlich zum Zwecke der Antragsbearbeitung, der Durchführung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens und zur

Entscheidung über die Leistungen erforderliche Daten von Ihnen direkt oder von anderen Stellen erheben und soweit erforderlich an andere Stellen übermitteln.

### a. Erhebung von Daten

Hiermit stimme ich zu, dass die nachfolgend genannten Stellen Auskünfte an die Trägerin der Eingliederungshilfe erteilen dürfen.

Davon umfasst sind auch die Übermittlung von ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, Befunden und Berichten sowie die Dokumentation der übermittelten Daten im Rahmen der Gesamt- und Teilhabeplanung.

Beteiligte Stellen im Gesamt- und Teilhabeplanverfahren	Name und Anschrift	Einverständnis
Arzt/ Ärztin/ Facharzt/ Fachärztin:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychiater_in/ Psychologe_in:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesundheitsamt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenhaus/ Reha-Klinik:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leistungserbringer/ Dienstleister:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Heilpädagogische Praxis/ Frühförderstelle:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Staatliches Schulamt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kindertageseinrichtung/ Schule:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Jugendamt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegekasse/ Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Integrationsfachdienst:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medizinisch-Pädagogischer Dienst des Kommunalverbandes für Jugend u. Soziales:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Begutachtende Stelle		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versorgungsamt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## b. Weitergabe von Daten

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamt- beziehungsweise Teilhabeplanverfahrens nach SGB IX (zum Beispiel zur Sachverhaltsklärung) erforderliche Daten, insbesondere Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung zur Aufstellung des Gesamtplans gemäß § 121 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX an die oben angegebenen Beteiligten übermittelt, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben notwendig ist (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Ja       Nein

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen (zum Beispiel Arztberichte, Gutachten) an andere Stellen nach § 22 SGB IX, an Gutachter (zum Beispiel öffentlicher Gesundheitsdienst, Landesärzte für Behinderte, KVJS insbesondere Medizinisch-Pädagogischer Dienst) weitergibt, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Ja       Nein

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die umfassenden Ergebnisse der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung, an die unter Punkt 1 genannten Beteiligten weitergeben kann. Die umfassenden Ergebnisse entsprechen den vereinbarten Teilhabezielen bzw. den Inhalten der Teilhabezielvereinbarung nach § 122 SGB IX, sofern abgeschlossen.

Ja       Nein

Die Berechtigung des Trägers der Eingliederungshilfe zur Weitergabe von spezifischen Anforderungen und Aufträgen aus dem Gesamtplan an Leistungserbringer zur Aufgabenerfüllung entsprechend §§ 28, 123 Abs. 4 S.1 i.V.m. § 121 SGB IX und § 67b Abs. 1 S.1 SGB X bleibt hiervon unberührt.

## c. Zustimmung zur Beteiligung u. Teilnahme anderer Leistungsträger u. Stellen beim Gesamt- bzw. Teilhabeplan, Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren

Als Träger der Eingliederungshilfe sind wir verpflichtet im Vorfeld einer möglichen Leistungsbewilligung einen Gesamtplan nach §117 SGB IX zu erstellen und spätestens nach 2 Jahren fortzuschreiben. Der Gesamtplan ist die Grundlage für den Bescheid, in welchem wir über Ihren Antrag entscheiden. Im Rahmen des Gesamtplanverfahrens werden wir Ihre Bedarfe umfassend ermitteln, so dass wir gegebenenfalls andere Leistungsträger oder Stellen nach § 22 SGB IX beratend beteiligen. Dies ist jedoch nur mit Ihrer Zustimmung möglich, um die wir Sie nachfolgend bitten.

Ich bin einverstanden, dass nachfolgende Stellen beratend am Gesamt-bzw. Teilhabeplanverfahren beteiligt werden:

Ja  Nein

Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Träger der Leistungen der Hilfe zur Pflege:  
\_\_\_\_\_

Ja  Nein

Träger der Leistungen für einen Bedarf an notwendigem  
Lebensunterhalt:  
\_\_\_\_\_

Ja  Nein

Sonstige (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, MPD des  
KVJS): \_\_\_\_\_

#### **d. Belehrung**

Ich wurde darüber belehrt, dass es sich ggf. negativ auf die Gewährung von Eingliederungshilfe auswirken kann, wenn ich meinen gesetzlichen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme.

Ja

Nein

## II. Sozialdatenschutz im Gesamt und Teilhabepflanverfahren der Eingliederungshilfe

### 1. Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die von Ihnen beantragten Leistungen der Eingliederungshilfe sind an bestimmte gesetzliche Voraussetzungen geknüpft. Um überprüfen zu können, ob diese Leistungsvoraussetzungen in Ihrem Fall erfüllt sind, erlaubt uns das Gesetz verschiedene personenbezogenen Daten bei Ihnen zu erheben, zu speichern und anderweitig verarbeiten. Ihre personenbezogenen Daten werden im Falle einer Leistungsgewährung außerdem zum Erstellen und Fortschreiben eines individuellen Gesamt- bzw. Hilfeplan benötigt.

Die Rechtsgrundlagen für diese Datenverarbeitung finden sich in den § 35 SGB I und §§ 67 ff. SGB X.

### 2. Artikel 13 Informationen und Widerspruchsrecht gemäß § 76 SGB X

Die beigelegten „Informationen zur Datenerhebung und –verarbeitung gem. Art 13 DSGVO“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ja       Nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich unter Beachtung meiner gesetzlichen Mitwirkungspflichten der Übermittlung von besonders schutzwürdigen Daten im Sinne des § 76 SGB X an Dritte im Rahmen der dort genannten Ausnahme widersprechen kann. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich die Einwilligungen jederzeit einzeln oder insgesamt widerrufen kann. Dabei bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von Daten unberührt, die bis zu meinem Widerruf getätigt wurden.

Ja       Nein

### 3. Kommunikation per E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Soziales mit mir Kontakt per E-Mail aufnimmt und gegebenenfalls personenbezogene Daten austauscht bzw. zukommen lässt. Davon umfasst ist auch die Übermittlung von ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, Befunden und Berichten. Mir ist bewusst, dass die Übermittlung per E-Mail kein sicherer Übertragungsweg darstellt.

Ja       Nein

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller\_in

\_\_\_\_\_  
Ggf. Unterschrift Betreuer\_in/ des/r  
Bevollmächtigten/ Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ggf. Unterschrift Betreuer\_in/ des/r  
Bevollmächtigten/ Sorgeberechtigten

**Hinweis:** Sind beide Elternteile sorgeberechtigt, ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich.

**Information zur Datenerhebung und –verarbeitung gem. Art. 13 DSGVO**

Behörde	Stadt Freiburg im Breisgau Amt für Soziales Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg im Breisgau E-Mail: <a href="mailto:afs@stadt.freiburg.de">afs@stadt.freiburg.de</a>
Verantwortliche/r nach Art. 4 Nr. 7 DS-GVO	Stadt Freiburg im Breisgau Amt für Soziales Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg im Breisgau
Kontakt Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r	Stadt Freiburg i.Br. Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r Rathausplatz 2-4, 79098 Freiburg i.Br. E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@stadt.freiburg.de">datenschutz@stadt.freiburg.de</a>
Zweck(e) der Datenverarbeitung, Rechtsgrundlage	Zur Prüfung, ob die Leistungsvoraussetzungen zur Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX vorliegen.  Zur Erstellung und Fortschreibung des Gesamt- und Teilhabeplans im Rahmen der Bedarfsermittlung nach SGB IX und zur Sachverhaltsermittlung (§ 69 SGB X).  Zur Suche und Beteiligung geeigneter Leistungserbringer_innen im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens nach dem SGB IX. Soweit als möglich werden die Daten in anonymisierter Form übermittelt. (§ 69 SGB X)
Geplante Speicherdauer	6 Jahre ab dem Ende der Leistungsgewährung.
Empfänger_innen oder Kategorie von Empfängern der Daten (Stellen, denen die Daten offengelegt werden)	Wenn es für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Sachverständige (z.B. Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Dienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales), das staatliche Schulamt oder andere öffentliche Stellen nach § 22 SGB IX.</li> <li>• Weitere beteiligte Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse, Jugendhilfeträger, Agentur für Arbeit) und Leistungsträger nach § 117 Abs. 3-5 SGB IX (z.B. Pflegekasse).</li> <li>• In Frage kommende oder bereits leistende Leistungserbringer_innen (z.B. Einrichtungen, Dienste).</li> </ul>

Betroffenenrechte	<p>Sie haben als betroffene Person das Recht von der Stadt Freiburg i.Br. Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 15 DS-GVO), die Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO), die Löschung der Daten (Art. 17 DS-GVO) und die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) zu verlangen, sofern die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Die Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.</p> <p>Unbeschadet anderer Rechtsbehelfe können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Zuständige Aufsichtsbehörde für die Stadt Freiburg i.Br.:</p> <p>Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart,  <a href="mailto:poststelle@lfdi.bwl.de">poststelle@lfdi.bwl.de</a></p>
Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschl. Profiling	Nein
Verpflichtung, Daten bereitzustellen, Folgen der Verweigerung	<p>Sie sind gemäß § 60 SGB I verpflichtet, die zum oben genannten Zweck erforderlichen personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Kommen Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nach und wird dadurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise gemäß § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I versagt werden, sofern die Leistungsvoraussetzungen nicht anderweitig nachgewiesen sind.</p>