

Anlagen zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe

1. Information über Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Saalfeld – Rudolstadt
2. Einwilligung zur Übergabe der Bescheide (in Kopie) an den Maßnahmeträger
3. Einwilligungserklärung zur Übergabe von Unterlagen
4. Tatsächlicher (gewöhnlicher) Aufenthalt des Antragstellers
5. Angaben Krankenkasse, Hausärzte, Fachärzte, Klinikaufenthalte
6. Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfen Nach dem SGB XII oder SGB IX in den letzten 5 Jahren
7. Auskunft zu Haus- und Grundbesitz
8. Prüfung vorrangiger Leistungen nach § 9 SGB IX
9. Erklärung über den Bezug von Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung)
10. Vermögen des Antragstellers bzw. des Ehegatten
11. Zustimmungserklärung über die Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach § 22 SGB IX i. V. m. § 13 Abs. 4 SGB XI
12. Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten Art. 13 Abs. 1 lit. a DS-GVO und Art. 14 DS-GVO
13. Ärztliche Schweigepflichtentbindung

Soweit zutreffend bitte **zusätzlich** die folgenden Unterlagen in Kopie beifügen:

Allgemeine Unterlagen / Vollmachten

- Personalausweis ggf. Meldebescheinigung
- Schwerbehindertenausweis
- Betreuerausweis bzw. Vorsorgevollmacht

Bescheide

- Bescheid des Versorgungsamtes
- Bescheid der Pflegekasse
- Bescheid über Grundsicherung, Wohngeld, Lastenzuschuss

Medizinische Unterlagen

- Ärztliche Stellungnahmen
- Befunde
- Gutachten zur bestehenden Behinderung
- Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)

Verträge / Nachweise / Urteile

- Mietvertrag / Nutzungsvertrag / WBVG-Vertrag
- Grundbuchauszug, Notarvertrag bei Wohneigentum
- Einkommen aus Vermietung und Verpachtung
- *Nachweis über Einkommen:*
 - aktuelles Erwerbseinkommen (bei erheblichen Abweichungen vom Einkommen des Vorvorjahres)
 - Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres/ Einkommensnachweis und Rentenbescheide des Vorvorjahres, aktueller Rentenbescheid, sonstiger Nachweis des aktuellen Einkommens wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld u. ä.
- *Vermögensnachweise:*
 - Girokonto der letzten 3 Monate
 - Sparbuch, Kapitalanlagen, Wertpapiere, Bausparverträge
 - Paypal-Konten u.ä.
 - Genossenschaftsanteile
- Versicherungen:
 - Hausrat-, Haftpflicht-, Unfallversicherung
 - Riesterrente-Verträge
 - Lebensversicherung
- Scheidungsurteil

Sonstige Unterlagen

- Aufnahmebereitschaft des Trägers bei Neufällen
- Unterhaltsverpflichtungen
- Betreuungsvereinbarung

1. Information über Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Saalfeld - Rudolstadt

Name, Vorname Antragsteller/in

Ich wurde über die Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Saalfeld – Rudolstadt informiert und entscheide mich für:

Bereich Wohnen	
Innerhalb von besonderen Wohnformen	Außerhalb von besonderen Wohnformen
<input type="checkbox"/> AWO Saalfeld gGmbH Rainweg 91, 07318 Saalfeld	<input type="checkbox"/> AWO Saalfeld gGmbH Rainweg 91, 07318 Saalfeld
<input type="checkbox"/> Diakoniestiftung Weimar Bad Lobenstein gGmbH Bayrische Str. 13, 07356 Bad Lobenstein	<input type="checkbox"/> Diakoniestiftung Weimar Bad Lobenstein gGmbH Bad Lobenstein
<input type="checkbox"/> Lebenshilfe Saalfeld – Rudolstadt e.V. Am Bernhardsgraben 1 07318 Saalfeld	<input type="checkbox"/> Lebenshilfe Saalfeld – Rudolstadt e.V. Am Bernhardsgraben 1 07318 Saalfeld
<input type="checkbox"/> Diakonieverein Rudolstadt Jenaische Straße 1, 07407 Rudolstadt	<input type="checkbox"/> Lebenshilfe Neuhaus e. V. Am Wasserturm 3, 98724 Neuhaus a. Rwg.
<input type="checkbox"/> Sozialwerk Heuser Verwaltungsgesellschaft mbH Ghersburgstraße 9, 83043 Bad Aibling	<input type="checkbox"/> Miteinander e. V. Sonneberger Straße 1 98724 Neuhaus a. Rwg.
<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft Wickersdorf Helga Jacobeit Stiftung Wickersdorf 1, 07318 Saalfeld Ortsteil Wickersdorf	<input type="checkbox"/> Verein für soziale Lebenshilfe e.V. Pößnecker Straße 66, 07806 Neustadt Orla
<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> Diakonieverein Rudolstadt Jenaische Straße 1, 07407 Rudolstadt
<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> AWO Soziale Dienste Rudolstadt gGmbH Weststraße 11, 07407 Rudolstadt
<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *

Bereich Arbeit (Werkstätten für Menschen mit Behinderung, andere Leistungsanbieter)	
<input type="checkbox"/>	Diakoniestiftung Weimar Bad Lobenstein Bad Lobenstein gGmbH Bayrische Str. 13, 07356 Bad Lobenstein
<input type="checkbox"/>	Lebenshilfewerk Ilmenau Rudolstadt e.V., Ziolkowskistraße 18, 98693 Ilmenau
<input type="checkbox"/>	Lebensgemeinschaft Wickersdorf Helga Jacobeit Stiftung Wickersdorf 1, 07318 Saalfeld, Ortsteil Wickersdorf
Bereich Tagesstrukturierende Maßnahmen (Förderbereich, Tagesstätte)	
<input type="checkbox"/>	Diakonieverein Rudolstadt Jenaische Straße 1, 07407 Rudolstadt
<input type="checkbox"/>	Lebenshilfe Saalfeld – Rudolstadt e.V. Am Bernhardsgraben 1 07318 Saalfeld
<input type="checkbox"/>	Diakoniestiftung Weimar Bad Lobenstein Bad Lobenstein gGmbH Bayrische Str. 13, 07356 Bad Lobenstein
<input type="checkbox"/>	Lebensgemeinschaft Wickersdorf Helga Jacobeit Stiftung Wickersdorf 1, 07318 Saalfeld, Ortsteil Wickersdorf

*Bitte handschriftlich ergänzen, falls nicht aufgezeigt!

 Ort, Datum

 Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

2. Einwilligung zur Übergabe der Bescheide (in Kopie) an den Maßnahmeträger

Bewilligungsbescheid Eingliederungshilfe

von _____
Name, Vorname Antragsteller/in

Geburtsdatum

Träger

Ich gebe mein Einverständnis, dass o. g. Bescheide direkt vom Eingliederungshilfeträger an den Maßnahme-Träger übergeben werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

3. Einwilligungserklärung zur Übergabe von Unterlagen

Name, Vorname Antragsteller/in

Geburtsdatum

Anschrift

gesetzlicher Vertreter

Ich bin einverstanden, dass meine Unterlagen von/vom:

- Sozialhilfeträger (Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt)
- Agentur für Arbeit, Jobcenter
- Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung
- Hilfe zur Pflege
- Jugendamt

an:

Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt, Sozial- und Teilhabeamt

Name/Einrichtung/Behörde/Institution

Schlossstraße 24, 07318 Saalfeld

Anschrift

Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

4. Tatsächlicher (gewöhnlicher) Aufenthalt des Antragstellers

tatsächlicher Aufenthalt, (wo haben Sie tatsächlich gewohnt, auch wenn es nicht die Meldeadresse war)

(die letzten Monate **vor Beginn der Hilfe bzw. vor Beginn der Krankenhausbehandlung, der stationären Therapie oder Beginn** der Haft sind hierbei von Bedeutung)

1. tatsächlicher Aufenthalt

Name, Vorname Antragsteller/in _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Bitte alle Nachweise beifügen, die diesen Aufenthalt bestätigen. Sollten keine Unterlagen vorhanden sein, benennen Sie bitte die aktuelle Adresse von Personen, die diesen tatsächlichen Aufenthalt (vor der ersten Heimaufnahme) bestätigen können.

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

2. Aufzählung aller **bekannt**er Heime und Klinikaufenthalte der letzten **12 Monate**

Heim / Klinik	Anschrift
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

5. Angaben Krankenkasse, Hausärzte, Fachärzte, Klinikaufenthalte

Name, Vorname Antragsteller/in

Geburtsdatum

AZ:

Angaben zur Krankenkasse, behandelnden Ärzten und Klinikaufenthalten

Krankenkasse:

Ich bin versichert bei:

Name: -----

Anschrift: -----

Versicherungsnummer -----

Mein Hausarzt:

Name: -----

Anschrift: -----

Telefon: -----

Meine Fachärzte:

Name: -----

Anschrift: -----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----

Telefon: -----

Name: -----

Anschrift: -----

Telefon: -----

Klinikaufenthalte in den letzten 5 Jahren:

Name: -----

Bereich / Station: -----

Anschrift: -----

Zeitraum: -----

Name: -----

Bereich / Station: -----

Anschrift: -----

Zeitraum: -----

Name: -----

Bereich / Station: -----

Anschrift: -----

Zeitraum: -----

Name: -----

Bereich / Station: -----

Anschrift: -----

Zeitraum: -----

Name: -----

Bereich / Station: -----

Anschrift: -----

Zeitraum: -----

Weitere Ergänzungen zur ärztlichen bzw. therapeutischen Behandlung:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

6. Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfen nach dem SGB XII oder SGB IX in den letzten 5 Jahren

Name, Vorname: _____

geb.: _____ AZ: _____

Ambulant betreutes Wohnen:

Leistungserbringer (Dienst):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Dienst):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Dienst):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Teilstationäre Leistungen, z. B. Tagesstätte, Werkstatt für Menschen mit Behinderung (Berufliche Bildung und Arbeitsbereich) u. ä.:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Stationäre Leistungen, z. B. Wohnheim, Übergangswohnheim, Suchttherapeutisches Zentrum, Besondere Wohnform u. ä.:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Inanspruchnahme von Leistungen der Jugendhilfe nach dem SGB VIII in den letzten zwei Jahren:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Leistungserbringer (Einrichtung):

Leistungsträger (Behörde)

Zeitraum:

Weitere Ergänzungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum, Unterschrift

7. Auskunft zu Haus- und Grundbesitz

_____ geb.: _____
Name, Vorname Antragsteller/in

In den **letzten 10 Jahren** hat/hatte der Antragsteller bzw. Ehegatte folgenden Haus- und Grundbesitz

	noch in Besitz	Abgabe/ Verkauf an: Name, Vorname	bereits zur Heim- kostendeckung eingesetzt – Betrag:
1. Haus- und Grundbesitz			
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse:	_____		
<input type="checkbox"/> Wohnhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse:	_____		
Gemarkung:	_____		
Flurstück:	_____		
2. sonstiger Grundbesitz			
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse:	_____		
Gemarkung:	_____		
Flurstück	_____		
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse:	_____		
Gemarkung:	_____		
Flurstück	_____		
3. <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- und Grundbesitz.			

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

8. Prüfung vorrangiger Leistungen nach § 9 SGB IX

Name, Vorname Antragsteller/in

1. Erhalten die/der Antragsteller/in oder in der Familie lebende Personen Versorgungsleistungen nach einem der folgenden Entschädigungsgesetze (bitte zutreffendes ankreuzen)

JA NEIN

- Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG)
- Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)
- Infektionsschutzgesetz/Impfschäden (IfSG) – vor 01.01.2001 nach dem Bundesseuchengesetz
- Häftlingshilfegesetz (HHG)
- Bundesentschädigungsgesetz (BEG)
- weitere Entschädigungsgesetze, bitte Gesetz angeben

Wenn ja, bitte Anschrift, Aktenzeichen und entsprechende Unterlagen beifügen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

9. Erklärung über den Bezug von Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung)

Name, Vorname Antragsteller/in

Ich erhalte bereits Leistungen nach dem SGB XI und zwar im

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Bei Vorhandensein eines Pflegegrades:

Ich nutze folgende Leistungen:

Pflegegeld

Pflegesachleistung (Pflegedienst)

Kombinationsleistung

Ich erhalte keine Leistungen nach dem SGB XI und

habe einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse gestellt. Eine Entscheidung steht noch aus.

werde zeitnah einen Antrag nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse stellen.

beabsichtige nicht, einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

10. Vermögen des Antragstellers bzw. des Ehegatten Stand:

_____ geb.: _____
Name, Vorname Antragsteller/in

1. Bargeld

ja nein Bestand in € _____ Antragsteller
 ja nein Bestand in € _____ Ehegatte

2. Sparbücher

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. Girokonto

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

4. Verwahrgeldkonto im Pflegeheim/persönliches Konto im Pflegeheim

ja nein Bestand/€ _____

5. sonstige Sparverträge (z. B. Bausparverträge)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
<hr/>						
<hr/>						

6. sonstige Geld- u. Kapitalanlagen

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
<hr/>						

7. Vertriebenengeld

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Betrag in €	<hr/>	erhalten am	<hr/>
<input type="checkbox"/> enthalten im Guthaben	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
<hr/>					
<input type="checkbox"/> weitergereicht an	Name, Vorname		Adresse		
<hr/>					
<input type="checkbox"/> für persönliche Bedürfnisse bereits verwendet					
<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	Betrag in €	<hr/>		

8. sonstige Vermögenswerte (außer Haus- und Grundbesitz)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
<hr/>						

 Ort, Datum

 Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

11. Zustimmungserklärung über die Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen nach § 22 SGB IX i.V.m. § 13 Abs. 4 SGB XI

Name, Vorname Antragsteller/in

Der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens sowie des Gesamtplanverfahrens verantwortlichen Rehabilitationsträger bezieht unter Berücksichtigung der Interessen der Leistungsberechtigten andere öffentliche Stellen in die Erstellung des Teilhabeplans/Gesamtplans in geeigneter Art und Weise ein, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.

Falls zutreffend bitte die folgende(n) Zustimmung(en) erteilen:

Pflegekasse

Integrationsamt

Jobcenter

Betreuungsbehörde

Krankenkasse

Andere _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

12. Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten
(Informationspflicht nach Art. 13/14 DS-GVO – keine ausschließliche Direkterhebung beim Betroffenen)

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen
(Art. 13 Abs. 1 lit. a / Art. 14 Abs. 1 lit. a DS-GVO)

Verantwortlicher: Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt
Der Landrat
Schloßstraße 24
07318 Saalfeld

Innerorganisatorisch für die Datenverarbeitung verantwortlich:

Amt: 3.2 Sozial- und Teilhabeamt
Sachgebiet: 3.2.2 Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
Kontakt:
Telefon 03671/ 823 591
Fax 03671/ 823 575
E-Mail sozialamt@kreis-slf.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten
(Art. 13 Abs. 1 lit. b / Art. 14 Abs. 1 lit. b DS-GVO)

Postanschrift:	Kontakt:
Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt	Telefon 03671/ 823 559
Datenschutzbeauftragter	Fax 03671/ 823 964
Schloßstraße 24	E-Mail datenschutzbeauftragter@kreis-slf.de
07318 Saalfeld	

3. Zwecke der Datenverarbeitung
(Art. 13 Abs. 1 lit. c HS 1 / Art. 14 Abs. 1 lit. c HS 1 DS-GVO DS-GVO)

- Leistungsgewährung in Vollzug Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- Leistungsgewährung in Vollzug Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) - Soziale Pflegeversicherung
- Leistungsgewährung in Vollzug Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe

4. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung
(Art. 13 Abs. 1 lit. c HS 2 / Art. 14 Abs. 1 lit. c HS 2 DS-GVO)

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt für die jeweiligen Hilfen auf der Grundlage von:

- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: Teil 1 und Teil 2 SGB IX
- Soziale Pflegeversicherung: § 43a SGB XI

jeweils unter den Maßgaben nach § 22 und 26 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) und in Verbindung mit den Vorgaben zum Sozialdatenschutz nach §§ 67 a ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) und § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

5. Kategorien der personenbezogenen Daten
(Art. 14 Abs. 1 lit. d DS-GVO)

Von Ihnen werden folgende Kategorien von personenbezogenen Daten verarbeitet:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Name | <input checked="" type="checkbox"/> Anschrift | <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktdaten | <input checked="" type="checkbox"/> Geburtsdaten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Staatsangehörigkeit | <input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht | <input checked="" type="checkbox"/> Bankverbindung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Familienstand | <input checked="" type="checkbox"/> wirtschaftliche Verhältnisse | <input checked="" type="checkbox"/> Schulabschluss-/Ausbildungsnachweise | |
- Daten nach Art. 9 DS-GVO folgender Kategorie: Diagnosen (z. B. nach ICF-Klassifikation, Grad der Behinderung, Pflegegrad), Gesundheitsdaten mit Einwilligung des Betroffenen

6. Empfänger oder Kategorien von Empfängern
(Art. 13 Abs. 1 lit. e / Art. 14 Abs. 1 lit. e DS-GVO)

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

- innerhalb des Verantwortlichen: die Sachgebiete des Sozial- und Teilhabeamtes (Sozialleistungen zum Lebensunterhalt, Versorgungsverwaltung, Betreuungsbehörde, Unterhalt/Kostenerstattung, Widerspruchsstelle), Kreiskasse sowie nach Notwendigkeit der Fallkonstellation ggf. das Jugendamt und Gesundheitsamt
- Auftragsverarbeiter: Software-Dienstleister für die Fachanwendung Open Prosoz
- Dritte (außerhalb des Verantwortlichen): Sozialleistungsträger und Rehabilitationsträger (Agentur für Arbeit, Jobcenter, Pflegekassen, Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung)

7. Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation

(Art. 13 Abs. 1 lit. f / Art. 14 Abs. 1 lit. f DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt.

8. Dauer der Speicherung bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer

(Art. 13 Abs. 2 lit. a / Art. 14 Abs. 2 lit. a DS-GVO)

Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt für die Dauer von zehn Jahren nach Beendigung der Leistungsgewährung.

9. Rechte der Betroffenen im Rahmen der Verarbeitung

(Art. 13 Abs. 2 lit. b / Art. 14 Abs. 2 lit. c DS-GVO)

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

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 DSGVO 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 (Art. 16 DSGVO).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art. 17 DSGVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO 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, 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 (Art. 21 DSGVO).

10. Recht auf Widerruf der Einwilligung bei einer Verarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO (Art. 13 Abs. 2 lit. c / Art. 14 Abs. 2 lit. d DS-GVO)

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten beruht nicht auf einer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO. Das Recht auf jederzeitigen Widerruf der Einwilligung kann daher nicht ausgeübt werden.

11. Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

(Art. 13 Abs. 2 lit. d / Art. 14 Abs. 2 lit. e DS-GVO)

Im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde nach Art. 77 Abs. 1 DS-GVO. Dies ist in Thüringen der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Häßlerstraße 8, 99096 Erfurt (www.tlfdi.de).

12. Gesetzliche oder vertragliche Pflicht zur Bereitstellung der Daten

(Art. 13 Abs. 2 lit. e DS-GVO)

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist

gesetzlich vorgeschrieben vertraglich vorgeschrieben für einen Vertragsabschluss erforderlich.

Sie sind verpflichtet Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen: ja nein

Die Folgen Ihrer Nichtbereitstellung sind: Über die Leistungsgewährung kann nicht entschieden werden. Eine mögliche Bewilligung der Leistung kann nicht erfolgen.

13. Quelle der personenbezogenen Daten

(Art. 14 Abs. 2 lit. f DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten stammen aus folgenden Quellen: Rehabilitationsantrag und Sozialleistungsträger innerhalb oder außerhalb des Landratsamtes. Die Übermittlung erfolgte zum Zwecke der Leistungsgewährung.

Ihre personenbezogenen Daten stammen nicht aus einer öffentlich zugänglichen Quelle.

14. Automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß

Art. 22 Abs.1, 4 DS-GVO (Art. 13 Abs. 2 lit. f / Art. 14 Abs. 2 lit. g DS-GVO)

Eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten für eine automatisierte Entscheidungsfindung durch das Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt findet nicht statt.

15. Weiterverarbeitung für einen anderen Zweck

(Art. 13 Abs. 3 / Art. 14 Abs. 4 DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht für einen anderen Zweck weiterverarbeitet als den, für den die Daten erhoben wurden

13. Ärztliche Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Aktenzeichen	

Einverständniserklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sozialleistungsträger / Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich meinem Sozialleistungsträger / Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffverfahren auch § 110 und § 111 SGB VII bzw. der § 116 und § 119 SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Sozialleistungsträger / Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistungen erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaften oder Grundsicherungsträger / Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angaben von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder gegebenenfalls des gesetzlichen Betreuers erforderlich, nicht die einer/eines eventuell Bevollmächtigten.