

Leistungen im Rahmen der
Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX)
Erklärung über die Befreiung von der Schweigepflicht

Daten des Kindes beziehungsweise der antragstellenden Person:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

---. ---. ----

Anschrift des Kindes beziehungsweise der antragstellenden Person:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Name und Anschrift der sorgeberechtigten Personen:

Erziehungsberechtigte/r:

Erziehungsberechtigte/r:

Familienname:

Vorname:

(wenn abweichend von antragstellender Person)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort :

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Name und Anschrift der gesetzlichen Betreuung (wenn abweichend von oben):

Familiennamē:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Amt für Soziales und Senioren der StädteRegion Aachen, soweit dies für die Bearbeitung meines Antrages im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen von den genannten Stellen eingeholt werden können:

Behandelnde_r Ärztin/Arzt, Gutachter_in, Therapeut_in:

Familiennamē:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Fachrichtung:

Behandelnde_r Ärztin/Arzt, Gutachter_in, Therapeut_in:

Familiennamē:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Fachrichtung:

Andere relevante Stellen:

Name:		

Straße und Hausnummer:	Postleitzahl:	Wohnort:
-----	-----	-----
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:	
-----	-----	

Name:		

Straße und Hausnummer:	Postleitzahl:	Wohnort:
-----	-----	-----
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:	
-----	-----	

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass Mitarbeitende der hier genannten Stellen mit den Mitarbeitenden des Amtes für Soziales und Senioren der StädteRegion Aachen in einen gemeinsamen Austausch miteinander treten dürfen. Hierbei geht es um sachdienliche Informationen zur Bedarfsermittlung und um den Austausch von Informationen zur Förderung und Unterstützung des Kindes bzw. der antragstellenden Person.

Zusätzliche Datenerhebung

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass durch die StädteRegion Aachen erforderliche Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Bedarf dokumentiert werden.

Übermittlung und Austausch von Daten und Informationen

Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zu den Zielen der Leistungen, Angaben zu empfohlenen Leistungen sowie die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, die nicht durch die StädteRegion Aachen erhoben wurden, dürfen an die StädteRegion Aachen übermittelt werden. Ich ermächtige die StädteRegion Aachen die für die Prüfung meiner Anträge gemäß SGB IX erforderlichen Informationen und Daten mit anderen Kostenträgern, zum Beispiel mit der Kranken- und Pflegekasse des Kindes und gegebenenfalls mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) oder dem Träger der Jugendhilfe auszutauschen.

Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin. Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen.

Gültigkeitsdauer

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Vor dem Widerruf eingeholte Auskünfte werden davon nicht berührt.

Hinweis zum Datenschutz

Beachten Sie bitte die für dieses Verfahren geltenden Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 beziehungsweise Artikel 14 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)

Erläuterungen zur Schweigepflichtentbindung

- Die Informationen für Personen, die bei der StädteRegion Aachen einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe stellen, habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort und Datum

Unterschrift der antragstellenden oder
sorgeberechtigten Personen oder der
rechtlichen Vertretung