

---

## **Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und zum Antrag auf Spezialbeförderung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

### **Einwilligungserklärung Datenverarbeitung und Beteiligung am Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe bei uns gestellt. Um diesen Antrag zügig bearbeiten und prüfen zu können, benötigen wir Ihre Mitwirkung. Zudem müssen wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten. Hierzu erhalten Sie einen Vordruck **Einwilligungserklärung Datenverarbeitung und Beteiligung am Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren**, den wir Sie bitten ausgefüllt und unterschrieben wieder an uns zurückzugeben.

Um Ihren individuellen **Bedarf** ermitteln zu können, möchten wir mit Ihnen und auf Wunsch mit einer Person Ihres Vertrauens ein persönliches **Gespräch** führen um gemeinsam herauszufinden, was Sie brauchen und welche Ziele Sie erreichen möchten. In einem weiteren Schritt sprechen wir mit Ihnen gemeinsam über die konkreten Maßnahmen und planen diese Unterstützung mit Ihnen. Sie erhalten dazu im Laufe des Verfahrens eine gesonderte Einladung zu einem oder auch mehreren Terminen.

Darüber hinaus kann es erforderlich sein, dass wir zur Feststellung und Abstimmung Ihrer Bedarfe und erforderlichen Leistungen andere Stellen und Leistungsträger am Verfahren beteiligen und gegebenenfalls in einer **Gesamt- bzw. Teilhabeplankonferenz** gemeinsam beraten und abstimmen.

Mit diesem Schreiben informieren wir Sie darüber, was das für Sie im Einzelnen bedeutet und bitten Sie um entsprechende Zustimmung und Einwilligung.

**Bitte senden Sie uns daher ein Exemplar dieses Schreibens unterschrieben zurück.**

Soweit bei der Feststellung Ihres Bedarfs und der Teilhabeplanung eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern erforderlich ist, erhalten Sie die damit im Zusammenhang stehenden datenschutzrechtlichen Informationen gesondert mitgeteilt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Sachgebiet Eingliederungshilfe SGB IX

---

### ■ Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_

### ■ Zweck und Hinweise zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten

Zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigen wir Daten, die wir verarbeiten müssen. Datenverarbeitung bedeutet, dass wir ausschließlich zum Zwecke der Antragsbearbeitung, Daten von Ihnen direkt oder von anderen Stellen erheben und soweit erforderlich an andere Stellen übermitteln. Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung ergeben sich aus § 35 SGB I, §§ 67ff SGB X. Die Datenverarbeitung umfasst insbesondere die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten sowie die nachfolgende Dokumentation und Übermittlung im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabepflanverfahrens einschließlich der individuellen Bedarfsermittlung bis zur Leistungsentscheidung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX.

### ■ Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung

Im Rahmen der Antragstellung bedarf es Ihrer Mitwirkung. Sie sind nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Trägers der Eingliederungshilfe der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Nachweise/Urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen,
- sich auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie die nachfolgende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

Zur Bedarfsermittlung benötigen wir zudem Ihre Mitwirkung am Verfahren der Bedarfsermittlung Baden-Württemberg (BEI\_BW) und zum Gesamt- bzw. Teilhabepflan. Hierzu planen wir gemeinsam mit Ihnen ein oder auch mehrere Gespräche. Dazu laden wir Sie noch gesondert ein. Wir möchten von Ihnen in diesem Gespräch zum Beispiel wissen, welche Wünsche und Ziele Sie haben, was Sie gut können und was Sie nicht so gut oder gar nicht können. Nur wenn wir das wissen, können wir mit Ihnen gemeinsam genau die Unterstützung und Leistung planen, die Sie brauchen, die zu Ihnen passt und Ihnen auch wichtig ist.

### Deshalb unsere Bitte:

Bei Fragen zu Ihrer Antragstellung und den damit verbundenen Mitwirkungspflichten kommen Sie auf uns zu. Wir unterstützen Sie gerne.

## Einwilligungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigen wir Daten, die wir verarbeiten müssen. Datenverarbeitung bedeutet, dass wir ausschließlich zum Zwecke der Antragsbearbeitung und der Durchführung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens Daten von Ihnen direkt oder von anderen Stellen erheben und soweit erforderlich an andere Stellen übermitteln. Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung ergeben sich aus § 35 SGB I, §§ 67ff SGB X.

### 1. Beteiligte im Gesamt- und Teilhabeplanverfahren

Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Daten bei nachfolgend genannten Stellen und Ärzten aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Unterlagen und sonstigen Berichten erhebt und diese dokumentiert, die für die Bedarfsermittlung, Aufstellung des Gesamtplans und die Entscheidung über die Leistungen erforderlich sind.

#### Behörden

Anschrift, Telefonnummer

- |                             |                               |  |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Pflegekasse                                  |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Öffentlicher Gesundheitsdienst               |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | KVJS (z.B. Medizinisch-Pädagogischer Dienst) |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Betreuungsbehörde                            |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Hilfe zum Lebensunterhalt                    |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Hilfen zur Pflege                            |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wohnungslosenhilfe                           |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Jobcenter                                    |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sonstiges                                    |

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Medizinische Behandlung

Name, Anschrift, Telefonnummer

- |                             |                               |                       |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Hausarzt              |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Facharzt              |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Psychologe            |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Krankenhaus           |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Rehabilitationsklinik |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sonstige              |

---

---

---

---

---

---

#### Beratungsstellen

Anschrift, Telefonnummer

- |                             |                               |  |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Integrationsfachdienst                         |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sozialpsychiatrischer Dienst                   |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sonstige                                       |

---

---

---

---

#### Kinder und Jugendliche

Anschrift, Telefonnummer

- |                             |                               |                   |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Jugendamt         |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Schulamt          |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Schule            |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kindertagesstätte |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Frühförderstellen |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sonstige          |

---

---

---

---

---

---

**Dienstleister/Leistungserbringer für:**

Anschrift, Telefonnummer

- Ja  Nein Teilhabe an Bildung
- Ja  Nein Teilhabe am Arbeitsleben
- Ja  Nein Soziale Teilhabe
- Ja  Nein Medizinische Rehabilitation
- Ja  Nein Sonstige
- Ja  Nein Sonstige

---



---



---



---



---



---

**2. Weitergabe von Daten**

a) 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

b) 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

c) 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.

**3. Widerspruchsrecht**

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen unter 1. und 2. vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, und ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 DSGVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen.

**4. Widerrufsrecht**

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.

---

 Datum

---

 Unterschrift Antragsteller/-in

---

 Ggf. Unterschrift des/der Betroffenen