

## ■ Persönliche Angaben

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

## ■ 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. Teilhabeplanverfahrens 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. Teilhabeplan. 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

### 1. Einholung von Auskünften

Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Untersuchungsunterlagen und sonstigen Berichten einholt, die für die Entscheidung erforderlich sind und in Form von Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und den Beeinträchtigungen der Körperfunktionen im BEI\_BW erhebt und dokumentiert:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | öffentlicher Gesundheitsdienst: _____   |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Medizinisch-Pädagogischer Dienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (MPD des KVJS) |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Arzt/Facharzt: _____  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Psychologe: _____   |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Klinik: _____   |
| <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 | Jugendamt: _____  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schulamt: _____   |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Kindertageseinrichtung: _____   |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Pflegekasse: _____  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Integrationsfachdienst: _____   |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Dienstleister/Leistungserbringer: _____   |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Sonstige: _____   |

### 2. Weitergabe von Daten

- c) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens nach SGB IX (z.B. zur Sachverhaltsklärung oder Vorbereitung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabepflichtkonferenz) erforderliche Daten, Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung etc. zur Abstimmung an gegebenenfalls weitere beteiligte Leistungsträger nach § 117 Abs. 3-5 SGB IX übermittelt, sofern Sie der Beteiligung unter 5.1. zugestimmt haben
- Ja  Nein
- d) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen (z.B. Arztberichte, MDK-Gutachten) an andere Stellen nach § 22 SGB IX, an ärztliche Gutachter (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Landesärzte für Behinderte, MPD des KVJS) weitergibt, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).
- Ja  Nein

### 3. Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen unter 1. und 2. generell 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 (s. oben) wurde ich hingewiesen.

### 4. Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich die Einwilligungen jederzeit widerrufen kann. Dabei bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von Daten unberührt, die bis zu meinem Widerruf getätigt wurden.

### 5. Zustimmung zur Beteiligung und Teilnahme anderer Leistungsträger und Stellen

#### 5.1. Gesamt- bzw. Teilhabeplan, Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahren

Als Träger der Eingliederungshilfe sind wir verpflichtet im Vorfeld einer möglichen Leistungsbeurteilung 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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Pflegekasse: _____  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Träger der Leistungen der Hilfe zur Pflege:<br>_____                            |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Träger der Leistungen für einen Bedarf an notwendigem<br>Lebensunterhalt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Sonstige, z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, MPD des KVJS:<br>_____           |

## 5.2. Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz §§ 119, 20 SGB IX

Falls erforderlich, können wir mit Ihrer Zustimmung eine Gesamt- bzw. Teilhabeplankonferenz durchführen. Dabei beraten wir und andere beteiligte Leistungsträger gemeinsam mit Ihnen über die Unterstützungsbedarfe und die notwendigen Leistungen. Wenn Sie möchten, können Sie eine Person des Vertrauens (z.B. Ihre gesetzliche Vertretung, aus ihrem Freundes-/Familienkreis, Beratungsperson der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung -EUTB, etc.) mitbringen.

Ich stimme der Durchführung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz zu.

Ja  Nein

Ich nehme daran teil:

Ja  Nein

Wenn ja, folgende Person des Vertrauens begleitet mich (Name, Vorname):

---

Nachfolgend stimme ich der Teilnahme folgender Stellen an der Gesamt-/bzw. Teilhabeplankonferenz zu:

Ja  Nein      Rehabilitationsdienste, -einrichtungen: \_\_\_\_\_

Ja  Nein      Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Ja  Nein      Jobcenter: \_\_\_\_\_

Ja  Nein      Integrationsamt: \_\_\_\_\_

Ja  Nein      Beteiligte Leistungserbringer: \_\_\_\_\_

Ja  Nein      Sonstige, z.B. § 119 Abs. 4 SGB IX \_\_\_\_\_

### Bitte beachten Sie:

Wenn der maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder der Aufwand für die Durchführung sowie Vor- und Nachbereitung einer Gesamt- bzw. Teilhabeplankonferenz in keinem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht, kann von unserer Seite von einer Gesamt- bzw. Teilhabeplankonferenz abgesehen werden.

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller/in

---

Ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten/Sorgeberechtigten