

Überörtlicher Träger der Sozialhilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt		FB Soziales, Soziales und Inklusion FD Hilfe zur Pflege
	Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	ANLAGE		
	Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienung nach § 21 SGB X		
	SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG		
	für die Bedarfsermittlung und Feststellung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)		
	– Ist von dem/der Antragsteller/in auszufüllen. –		
	Leistungen werden beantragt für:		
	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
	Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
	Vertreten durch (z.B. Eltern, Vormund, Betreuer):		
	Name, Vorname(n), Vertretungsfunktion		
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Entbindung der ärztlichen/dienstlichen Schweigepflicht:			
Für meinen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX und/oder SGB XII bin ich damit einverstanden, dass die hierfür erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von dem nachstehenden Geheimnisträger (Arzt oder sonstige Angehörige von Heilberufen / Berufspsychologen, Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen / Einrichtungen, Dienste und Vereine/Verbände der fachlichen Hilfe (Leistungserbringer)) i. S. d. § 203 Strafgesetzbuch (StGB) angefordert werden können:			
Name, Vorname			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Die Freigabe bezieht sich insbesondere auf ärztliche und psychologische Berichte und Stellungnahmen, Berichte über bisherige Therapie- und Krankheitsverläufe, Adaptionsbehandlungen und während der Antragstellung bzw. laufenden Maßnahme erhobene Befunde und Berichte. Diese erforderlichen Auskünfte und Unterlagen (personenbezogene Daten) sind gemäß § 35 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) i. V. m. § 67 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) den Sozialdaten zuzuordnen.			
Einwilligung zur Übermittlung von Sozialdaten:			
Ich willige ein, dass der vorgenannte Geheimnisträger sowie Mitarbeiter/innen des ärztlichen Dienstes, des sozialpsychiatrischen Dienstes und der Betreuungsbehörde vom Landkreis Anhalt-Bitterfeld zum Zwecke der Bewilligung von Leistungen nach dem SGB IX und/oder SGB XII wiederkehrend Befunde an die / den für mich dortige(n) zuständige(n) Hilfeplaner/in und meine(n) dortige(n) Sachbearbeiter/in weiterleitet und entbinde sie/ihn von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Zweck der Übermittlung der Sozialdaten ist die Prüfung der Voraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel SGB XII sowie die Durchführung der Hilfeplanung. Anhand der Hilfeplanung soll meine aktuelle Situation und mein notwendiger Unterstützungsbedarf festgestellt werden.			
Ich nehme zur Kenntnis, dass der Landkreis Anhalt-Bitterfeld erhobene Sozialdaten von Geheimnisträgern an andere Kostenträger (z.B. örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, Krankenkasse oder Rentenversicherung) und Leistungserbringer (Einrichtungen, Dienste und Vereine/Verbände der fachlichen Hilfe) gemäß §§ 69 und 76 SGB X – einschließlich der Übersendung der Verwaltungsakte – weitergeben darf. Dies kann erforderlich sein, um zu prüfen, ob ein anderer Kostenträger für die von mir beantragte Leistung zuständig ist. Ferner gilt dies ebenfalls im Falle einer Klageerhebung vor einem zuständigen Amtsgericht bzw. Sozialgericht.			

Hinweis zur Mitwirkungspflicht:

Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen der Antragstellung gemäß § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) verpflichtet bin,

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Die weiteren Mitwirkungspflichten nach den §§ 61 bis 64 SGB I – insbesondere die Unterziehung von ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen sowie von Heilbehandlungen – sind mir ebenfalls bekannt.

Daraus ergibt sich, dass ich die vorgenannten Erklärungen abgeben muss, sofern ich die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen kann. Komme ich diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann gemäß § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt bzw. entzogen werden.

Belehrung:

Ich bin eingehend beraten worden und bin mir über den Inhalt und die Tragweite der vorgenannten Erklärungen im Klaren. Ich bin bereit im Rahmen meiner zulässigen Mitwirkungspflichten gemäß §§ 60 ff. SGB I mitzuarbeiten. Das bedeutet, ich informiere den Landkreis Anhalt-Bitterfeld über alle wichtigen gesundheitlichen und persönlichen Besonderheiten in Bezug auf mich, die für die Leistungserbringung notwendig sind.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten nach §§ 67 ff. SGB X beachtet werden. Gemäß § 84 Abs. 5 SGB X i. V. m. Artikel 21 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 besteht das Recht auf Widerspruch zur Verarbeitung (Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung) von Sozialdaten gegenüber dem Landkreis Anhalt-Bitterfeld als öffentliche Stelle nicht, soweit an der Verarbeitung ein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das meine Interessen als betroffene Person überwiegt, oder eine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung von Sozialdaten verpflichtet.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie die Einwilligung zur Übermittlung der Sozialdaten erteile ich freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich die vorgenannten Erklärungen gemäß § 67b Abs. 2 SGB X i. V. m. Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und formungebunden gegenüber dem Landkreis Anhalt-Bitterfeld widerrufen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Übermittlung von Sozialdaten keine nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Sollte ich mit einer Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Prüfung und Feststellung der Leistungen nach dem Teil 2 SGB IX und nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII notwendigen Daten auch selbst gegenüber einer anderen Behörde, anderen Stelle bzw. Dritten erklären bzw. einholen.

Rechtsverbindliche Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters

Rechtsverbindliche Unterschrift bei minderjährigen Antragstellern

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigte / gesetzlicher Vertreter

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

(Bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.)