



**Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB**

**IX) | AZ: 31.2/22.**

| S.2

**Persönliche Angaben:**

Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl + Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**1. 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.

**2. 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.



### 3. Einwilligungserklärung

#### 3.1 Einholung von Auskünften

Es dürfen nur Auskünfte eingeholt werden, die für die Entscheidung erforderlich sind (beispielsweise Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und den Beeinträchtigungen der Körperfunktionen).

Erhoben und dokumentiert werden diese Auskünfte:

- im Rahmen des Formblattes HB/A zur Feststellung der wesentlichen Behinderung
- und des im Rahmen des Bedarfsermittlungsinstrumentes des Landes Baden-Württemberg (BEI\_BW) zur Feststellung der Teilhabeeinschränkungen.

Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe sowie das Amt für Gesundheit und Versorgung des Landratsamtes Konstanz Auskünfte von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten einholt und dokumentiert.

- Ja  Nein öffentliche Gesundheitsdienst: Gesundheitsamt des Landratsamtes Konstanz
- Ja  Nein Medizinisch-Pädagogischer Dienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (MPD des KVJS) \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Arzt/Facharzt: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Psychologe: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Klinik: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein begutachtende Stelle: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Versorgungsamt: Landratsamt Konstanz
- Ja  Nein Jugendamt: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Schulamt: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Schule/ Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Krankenkasse / Pflegekasse: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Integrationsfachdienst: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Dienstleister/Leistungserbringer: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Sonstige: \_\_\_\_\_



### 3.2 Weitergabe von Daten

- a) Der Träger der Eingliederungshilfe übermittelt Daten, die im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens nach SGB IX erforderlich sind, gegebenenfalls an weitere beteiligten Leistungsträger nach § 117 Abs. 3-5 SGB IX.

Dies kann beispielsweise notwendig sein zur Abstimmung der Ergebnisse der individuellen Bedarfsermittlung.

Diese Daten dürfen nur an Leistungsträger weitergegeben werden, die durch Ihre Zustimmung (Punkt 6.1) auch am Teilhabeplanverfahren beteiligt sind.

Beispielsweise zur Sachverhaltsklärung oder Vorbereitung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz.

Mit der Weitergabe der Daten an weitere beteiligten Leistungsträger nach § 117 Abs. 3-5 SGB IX bin ich einverstanden:

Ja       Nein

- b) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe 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).

Beispiele:

- Wir erhalten von Ihnen Unterlagen zu vorliegenden Beeinträchtigungen. Diese geben wir weiter an den öffentlichen Gesundheitsdienst („Gesundheitsamt“), damit dieser die wesentliche Behinderung bestätigen kann.
- Wir erhalten vom Leistungserbringer einen Bericht über den zurückliegenden Hilfezeitraum. Der Soziale Dienst stellt die Möglichkeit einer Höherstufung der Hilfebedarfsstufe fest. Wir geben diesen Bericht weiter an den Medizinisch-Pädagogischen Dienst (MPD), damit dieser die Einstufung überprüfen kann.

Mit der Weitergabe der Daten bin ich einverstanden:

Ja       Nein



## Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB)

IX) | AZ: 31.2/22.

| S.5

### 4. Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen unter 3.1 und 3.2 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. unter 2.) wurde ich hingewiesen:

„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.“

### 5. 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 getätigten wurden.

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

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

Als Träger der Eingliederungshilfe sind wir verpflichtet im Vorfeld einer möglichen Leistungsbewilligung 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, sodass 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:

- Ja  Nein Pflegekasse: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Träger der Leistungen der Hilfe zur Pflege: \_\_\_\_\_  
Arzt/Facharzt: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Träger der Leistungen für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Sonstige (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, MPD des KVJS): \_\_\_\_\_



**Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB**

**IX) | AZ: 31.2/22.**

| S.6

**6.2 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.

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

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 Jobcenter: \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Integrationsamt \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein beteiligte Leistungserbringer: \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Sonstige, z.B. § 119. Abs. 4 SGB IX: \_\_\_\_\_

**6.3 Weitergabe des Gesamtplanes**

Die im Gesamtplan erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfs nach Maßgabe der §§ 99 ff und § 104 in Verbindung mit § 121 SGB IX. Eine Datenweitergabe ist nur an berechtigte Personen beziehungsweise Stellen nach Maßgabe der §§ 35 SGB I und 78 SGB X und mit Zustimmung des Leistungsberechtigten beziehungsweise seines gesetzlichen Betreuers zulässig.

Ich stimme der Weitergabe des Gesamtplanes an den Leistungserbringer (besondere Wohnform/ Ambulant betreutes Wohnen / etc.) zu.

Ja  Nein



**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 der antragstellenden Person/ der gesetzlichen Vertretung***