

Zentrale: 04401/927-0
Fax: 04401/-3471
E-Mail: EingliederungshilfeSGBIX@lkbra.de
Fachdienst: FD 50 – Soziales
Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe; Datenschutzhinweise und Schweigepflichtsentbindung

Durch das Inkrafttreten der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung bin ich gehalten, Sie über die Vorschriften zur Datenverarbeitung und in diesem Zusammenhang über Ihre Rechte zu informieren. Dies ist von Ihnen schriftlich zu bestätigen.

Weiterhin benötige ich zur weiteren Bearbeitung Ihres Antrages eine Schweigepflichtsentbindung.

Ich bitte Sie daher, mir jeweils eines der beigefügten Exemplare der Datenschutzhinweise und der Schweigepflichtsentbindung unterschrieben zurückzusenden. Die zweite Ausfertigung ist für Ihre persönlichen Unterlagen bestimmt.



Landkreis Wesermarsch
 Fachdienst 50 – Soziales
 Eingliederungshilfe
 Poggenburger Straße 15
 26919 Brake

Schweigepflichtsentbindung

- Bitte zurück an den Landkreis Wesermarsch -

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, sich bei allen Sparkassen und Banken nach meinem jetzigen und früheren Guthaben zu erkundigen, wozu ich die Finanzinstitute hiermit vom Bankgeheimnis entbinde.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Das letztbehandelnde Krankenhaus und (soweit von dort notwendige Angaben nicht zu erhalten sind) den ambulant behandelnden Arzt sowie den gutachterlich tätigen Arzt des Fachdienstes Gesundheit des Landkreises Wesermarsch entbinde ich hiermit gegenüber dem Träger der Hilfe von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für die Hilfestellung erforderlich ist.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass

- personenbezogene Daten zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs innerhalb des Landkreises Wesermarsch zwischen dem Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt übermittelt werden, damit über die beantragte Leistung entschieden werden kann.
- zur Ermittlung des Hilfebedarfs mit anderen Rehabilitationsträgern Kontakt aufgenommen und der Antrag weitergeleitet werden kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Leistungsanbieter eine Ausfertigung des Bescheides über die Bewilligung des Antrages erhält. Ferner entbinde ich den (zukünftigen) Leistungserbringer gegenüber dem Träger der Hilfe von der Schweigepflicht.

Weiterhin entbinde ich folgende Stellen von der Schweigepflicht:

- -----
- -----
- -----
- -----

Datum, Ort

Unterschrift

Schweigepflichtsentbindung

- Für Ihre eigenen Unterlagen -

Ich ermächtige den Sozialhilfeträger, sich bei allen Sparkassen und Banken nach meinem jetzigen und früheren Guthaben zu erkundigen, wozu ich die Finanzinstitute hiermit vom Bankgeheimnis entbinde.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Das letztbehandelnde Krankenhaus und (soweit von dort notwendige Angaben nicht zu erhalten sind) den ambulant behandelnden Arzt sowie den gutachterlich tätigen Arzt des Fachdienstes Gesundheit des Landkreises Wesermarsch entbinde ich hiermit gegenüber dem Träger der Hilfe von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für die Hilfestellung erforderlich ist.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass

- personenbezogene Daten zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs innerhalb des Landkreises Wesermarsch zwischen dem Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt übermittelt werden, damit über die beantragte Leistung entschieden werden kann.
- zur Ermittlung des Hilfebedarfs mit anderen Rehabilitationsträgern Kontakt aufgenommen und der Antrag weitergeleitet werden kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Leistungsanbieter eine Ausfertigung des Bescheides über die Bewilligung des Antrages erhält. Ferner entbinde ich den (zukünftigen) Leistungserbringer gegenüber dem Träger der Hilfe von der Schweigepflicht.

Weiterhin entbinde ich folgende Stellen von der Schweigepflicht:

-
-
-
-

Datum, Ort

Unterschrift