

Einwilligung in die Datenerhebung sowie die Übermittlung personenbezogener Daten

Im Rahmen meines Antrages vom auf Leistungen der Jugendhilfe/Eingliederungshilfe und/oder Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII beauftrage ich den Landkreis Oberhavel, Fachbereich Jugend/Fachbereich Soziales, bei folgenden Institutionen Stellungnahmen hinsichtlich der Anspruchsberechtigung und des Leistungsumfangs für das Kind/Mündel

.....
Name, Vorname

einzuholen (bitte ankreuzen):

- Fachbereich Gesundheit, Landkreis Oberhavel
- Fachbereich Jugend, Landkreis Oberhavel
- Fachbereich Soziales, Landkreis Oberhavel
- Kita
- Schule
- Hort
- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- Hausarzt (Schweigepflichtentbindung bitte beifügen)
- Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (wie Krankenkasse)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten entsprechend der §§ 61 ff Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) in Verbindung mit § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und §§ 67-85a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) bis auf Widerruf erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Die Einwilligung ist freiwillig und erleichtert und beschleunigt die Anspruchsprüfung. Ohne Einwilligung müssen die erforderlichen Stellungnahmen von Ihnen selbst beschafft und vorgelegt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Erweiterte Datenübermittlungsbefugnis:

Sie haben für Ihr Kind/Mündel Leistungen der Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII/SGB XII beantragt. Häufig kommt es im Rahmen der hierbei erforderlich werdenden Begutachtung durch den Fachbereich Gesundheit zu Überschneidungen mit anderen amtlich vorgesehenen Untersuchungen (wie Schuleingangsuntersuchung).

Um dem Kind/Mündel unnötige Doppeluntersuchungen weitgehend zu ersparen, bittet Sie der Landkreis Oberhavel darum, sich damit einverstanden zu erklären, dass durch den Fachbereich, der die Leistung erbringt, der Name und das Geburtsdatum des Kindes/Mündels sowie die Leistungsart dem Fachbereich Gesundheit mitgeteilt werden darf. Die Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden.

- Ja**, ich willige ein, dass Name, Geburtsdatum und Leistungsart, oben genanntes Kind betreffend, durch den leistenden Fachbereich (Jugend oder Soziales) dem Fachbereich Gesundheit mitgeteilt werden.
- Nein**, ich willige nicht ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten