

**Erklärung
über die Entbindung von der Schweigepflicht (gem. § 203 StGB)
sowie datenschutzrechtliche Einwilligung**

Angaben zum Hilfeempfänger:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

gesetzl. Vertreter: _____

Adresse: _____

Zur Klärung der Leistungsvoraussetzungen bzw. zur Feststellung des Bedarfs ist es ggf. erforderlich, Unterlagen einzusehen bzw. eine Hospitation durchzuführen oder eine Gesamt-/ Teilhabeplankonferenz einzuberufen.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass folgende Institutionen/ Personen:
(bitte Name und Adresse eintragen)

Schule	
Leistungsanbieter	
Ärzte	
Therapeuten	
Kranken-/ Pflegekasse	
Sonstiges	

und das Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises berechtigt sind, alle zur Antragstellung auf Gewährung einer Hilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erforderlichen Auskünfte mündlicher und/oder schriftlicher Art an die durch den Rhein-Erft-Kreis bevollmächtigte Person des Sozialamtes zu geben und weiterzuleiten. Weiterhin bin ich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Antrag in einer Gesamt-/ Teilhabeplankonferenz auch ohne meine Anwesenheit zur Bedarfsermittlung durchgeführt werden darf.

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

Hinweis:

Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers habe ich der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 SGB I - Mitwirkungspflicht). Die Leistung, die ich beantragt habe, kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn ich den Mitwirkungspflichten nicht nachkomme (§ 66 Abs. 1 SGB I).