Fachdienst Pflege

Bismarckstr. 17

58762 Altena

**07 Einwilligungserklärung**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Antragsteller

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner

Hiermit  einverstanden, dass der Landrat des Märkischen Kreises, in Vertretung durch seinen Fachdienst Pflege, im Rahmen der Antragstellung und Leistungsgewährung von Sozialhilfe (und ggf. Pflegewohngeld) Daten *insbesondere* von den **auf der Rückseite** angekreuzten Stellenanfordern darf und Daten an diese Stellen übermitteln darf.

Insoweit werden diese Stellen gegenüber dem Fachdienst Pflege von ihren mit vereinbarten und / oder gesetzlich vorgegebenen Schweigepflichten entbunden. Zweck der Anforderung und / oder Übermittlung ist die Datenverarbeitung im Sinne des Artikel 4 Nr. 2 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Diese Einwilligungserklärung wird von  freiwillig erteilt.  ist bewusst, dass  nicht verpflichtet , einer Verarbeitung der Daten zuzustimmen.

 über die Bedeutung dieser Einwilligung informiert. Insbesondere wurde über den Zweck der Verarbeitung der Daten und soweit eine Übermittlung an Dritte erfolgt, über den Zweck der Übermittlung und die Datenempfänger aufgeklärt.

 darüber belehrt, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch Erklärung gegenüber der o.g. verantwortlichen Stelle widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift (Antragsteller/Bevollmächtigter/Betreuer)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift (Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Bitte ankreuzen* | Stelle | Art der Daten | Zweck |
| [ ]  | * Pflegeeinrichtung
* Pflegedienst
* Dienst für Hauswirtschaft
* Zugehörige Abrechnungsstellen
 | * Personendaten
* Sozialdaten (§ 67 SGB X)
* Einzusetzendes Einkommen und Vermögen
 | * Abrechnung mit den Dienstleistern
* Prüfung der Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung
 |
| [ ]  | * Andere Ämter / Behörden (z. B. Pflegekasse)
 | * Personendaten
* Sozialdaten (§ 67 SGB X)
* Einkommen und Vermögen
 | * Prüfung der Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung
 |
| [ ]  | * Banken,
* Versicherungen,
* Andere Finanzinstitute,

bei denen ich/wir Verträge habe/-n oder in den letzten zehn Jahren hatte/-n | * Personendaten
* Sozialdaten (§ 67 SGB X)
* Einkommen und Vermögen
 | * Prüfung der Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung
 |