

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## Zustimmungserklärung zum Gesamtplan-/ Teilhabeplanverfahren

Ich erteile dem Träger der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe meine Einwilligung, die im Rahmen des Gesamtplan-/ Teilhabeplanverfahrens erhobenen Daten (u.a. ärztliche und psychologische Berichte/ Stellungnahmen, Schilderungen meiner aktuellen Lebenssituation, Berichte von Einrichtungen) zur Durchführung des Hilfeplanverfahrens den nachfolgend genannten Leistungsträger(n) zu übermitteln und diese Träger, sofern Anhaltspunkte für eine Notwendigkeit bestehen, am Verfahren zu beteiligen:

- |   |                             |                       |
|---|-----------------------------|-----------------------|
| ➤ Krankenkasse(n)                                     | ➤ Rentenversicherung        | ➤ Wohngeldstelle(n)   |
| ➤ Pflegekasse(n)                                      | ➤ Bundesagentur für Arbeit  | ➤ Unterhaltsstelle(n) |
| ➤ Sozialamt (Hilfe zur Pflege,<br>SGB XII-Leistungen) | ➤ Jobcenter                 | ➤ Gesundheitsämter    |
| ➤ Leistungserbringer/-träger                          | ➤ Beistände                 | ➤ Kindergeldkasse(n)  |
|   | ➤ Sozialversicherungsträger | ➤ Jugendamt/-ämter    |

*(Hierbei handelt es sich um eine Aufzählung möglicher Beteiligter und nicht um eine abschließende Liste)*

Erweiterungen / Einschränkungen:

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Zweck der Übermittlung der Sozialdaten ist die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung(en) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Im Rahmen der Hilfeplanung soll die aktuelle Situation und der Unterstützungsbedarf festgestellt werden. Dieses gilt auch in Bezug auf die o.g. Pflegekasse, sofern Anhaltspunkte für Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und/oder Anhaltspunkte für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel bestehen.

Ferner entbinde ich meinen Leistungsträger im Sinne des § 35 SGB I von der Wahrung des Sozialgeheimnisses gegenüber den am Gesamt-/ Teilhabeplanverfahren beteiligten Stellen.

Darüber hinaus habe ich zur Kenntnis genommen, dass die personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I von mir anzugeben sind.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der/des Leistungsberechtigten bzw. der/des gesetzlichen Betreuers/Betreuerin