



## **Einwilligungserklärung zur Weiterleitung von personenbezogenen Daten an die Leistungserbringer**

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse

Ggf. gesetzlich vertreten durch

### **Vorbemerkung:**

Wenn ein Antrag auf Eingliederungshilfe nach SGB IX gestellt wird, werden personenbezogene Gesundheits- und Sozialdaten erhoben, um einen Leistungsanspruch zu prüfen. Sofern es die Aufgabenerfüllung erfordert, müssen diese Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zu den Zielen der Leistung sowie die Ergebnisse der Bedarfsermittlung an die Leistungserbringer übermittelt werden (Vgl. § 13 AG SGB IX).

### **Hinweis:**

Die Einwilligungserklärung umfasst die personenbezogenen Daten und den mündlichen und schriftlichen Austausch im für das Verfahren und die Leistung notwendigen Umfang.

Die Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Der Träger der Eingliederungshilfe kann nach § 66 SGB I die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, wenn die Voraussetzungen der Leistung beispielsweise durch Verweigerung der vorliegenden Einwilligungserklärung nicht nachgewiesen sind.

**Wenn Sie Hilfe bei der Erfüllung Ihrer Mitwirkungspflichten benötigen, teilen Sie dies Ihrem Teilhabefachdienst mit, der Sie dann entsprechend unterstützen kann.**

### **Erklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass Angaben zur gesundheitlichen Situation, zur Beeinträchtigung und Teilhabeeinschränkung (Behinderung), zu den Zielen der Leistung sowie die Ergebnisse der Bedarfsermittlung und der Ziel- und Leistungsplanung an die zuständigen Dienstkräfte des Leistungserbringers übermittelt werden dürfen, sofern dies für dessen Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

---

Datum, Unterschrift  
antragstellende Person

---

Datum, Unterschrift  
ggf. gesetzl. Betreuung