

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
	 ottostadt magdeburg	Sozial- und Wohnungsamt, 50.3 Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

ANTRAG

auf Leistungen der Eingliederungshilfe Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Beschreibung der Hilfe (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)

Für

1. Persönliche Angaben / Verhältnisse des/der Antragstellers/in (Kind)

Familienname (ggf. Geburtsname angeben) des Kindes/Jugendlichen	Vorname(n)
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, E-Mail-Adresse, Telefon	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum / Geburtsort / Kreis	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (mit Dokument)	
Ausweisdokument mit Nummer	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass Passersatz _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____
Schwerbehinderung (mit Dokument)	Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____
Pflegebedürftigkeit und Leistung	Pflegegrad _____ Leistung _____ Bitte MDK Gutachten beifügen!
Name der Krankenversicherung Versicherungsnummer	
Unterbringung in einer anderen Familie (Pflegeeltern, Verwandte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen
sonstige Personen) Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Sozialpädagogische Familienhilfe:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen und Nachweise beifügen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
	 ottostadt magdeburg	Sozial- und Wohnungsamt, 50.3 Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

Betreuer/Vormund <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Name und Anschrift eintragen und Urkunde vorlegen Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (Telefon, E-Mail-Adresse)
gesetzliche/r Vertreter/in bei minderjährigem/r Antragsteller/in Name, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, (Telefon, E-Mail-Adresse)

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

2. Angaben zu weiteren Personen im Haushalt der Antragstellerin / des Antragstellers (§ 136 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX)					
	NUR auszufüllen bei minderjährigem Antragsteller / bei minderjähriger Antragstellerin		Kinder, die im Haushalt wohnen (ggf. bitte auf separatem Blatt ergänzen)		
	Mutter	Vater	1	2	3
Familienname (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)					
Geburtsdatum, Geburtsort					
Telefon-Nr. (Festnetz, Handy)					
E-Mail-Adresse					
Familienstand					
Staatsangehörigkeit					
Sorgeberechtigt (Bitte Nachweis beifügen!)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
	 ottostadt magdeburg	Sozial- und Wohnungsamt, 50.3 Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

3a. Angaben zu Beeinträchtigungen (Nachweise in Form von Arzt- und Krankenhausberichten, Laborbefunde usw. sind vorzulegen)

(§ 60 Abs. 1 SGB I)

Sofern eine Konzentrationsstörung, Wahrnehmungsstörung, ADHS, ständiger Unruhe, Verhaltensauffälligkeiten oder starker Ängstlichkeit besteht, ist ein kinder- und jugend-psychiatrischer Befund oder ein Befund des Sozialpädiatrischen Zentrums beizufügen.

Bekannte ärztliche Diagnosen	
Auffälligkeiten in der Entwicklung und deren Auswirkungen	
Durch wen und wann wurden die Störungen der Entwicklung bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen erstmals bemerkt?	<input type="checkbox"/> Eltern/Pflegeeltern Kinderarzt Hausarzt <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte Tagesmutter Hort <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Andere _____

3b. Angaben zur Entstehung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen

(§ 60 Abs. 1 SGB I) – Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

	Grund	Erläuterung
Die Behinderung ist eingetreten auf Grund von	<input type="checkbox"/> Unfall	
	<input type="checkbox"/> Impfschaden	
	<input type="checkbox"/> Gewalteinwirkung	
	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen	
Besteht wegen der Behinderung ein Schadensersatzanspruch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Name und Anschrift des Verursachers eintragen	

3c. Angaben zu bisherige Förderungen, Behandlungen und Therapien

(§ 60 Abs. 1 SGB I) – bitte entsprechende Nachweise beifügen

	Zeitraum (von/bis)	Einrichtung
Ergotherapie		
Logopädie		
Physiotherapie		
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)		
Humangenetik		
Kindertagesstätte		
Sonstiges		

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
		Sozial- und Wohnungsamt, 50.3 Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

4. Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers

(§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX):

Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

nein

ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Falls Nein: Wurden in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?

nein

ja
 von _____ bis _____

und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift)

Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht (z.B. Unterbringung in Pflegefamilie, vollstationäre Einrichtung, Mutter-Kind-Heim usw.) in Anspruch genommen?

nein

ja

Falls ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den **zwei Monaten** vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass dem/der Antragsteller/in / dem/der gesetzlichen Vertreter/in die Informationen zur Datenverarbeitung nach der DatenschutzGrundverordnung (DS-GVO) mitgeteilt wurden.

Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.

Im Falle eines Anspruches auf Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit dem/der Antragsteller/in ein Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Die Angaben im Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren werden gemeinsam mit dem/der Antragsteller/in / dem/der gesetzlichen Vertreter/in erstellt. Diese Angaben dienen der Hilfeplanung im Rahmen des Einsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe.

Mit der Unterschrift des/der Antragsteller/in / des/der gesetzlichen Vertreters/in erklärt sich dieser/ diese damit einverstanden, dass die erfassten Daten für die Durchführung der Hilfeplanung verwendet werden.

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
		Sozial- und Wohnungsamt, 50.3 Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Antragsteller/in / gesetzliche/r Vertreter/in	_____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r <small>(Die Richtigkeit und Vollständigkeit der mich betreffenden Angaben wird hiermit erklärt.)</small>
---------------------	--	---

Antragseingang:		ergänzend, wenn Antrag in der Behörde entgegengenommen wird:	
Datum	Stempel	Name	Unterschrift

Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen –

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. Alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihre Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

Hinweis auf § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Folgen fehlender Mitwirkung –

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
		Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht *)

Minderjährige/r	
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift	

Sorgeberechtigte/r, Vormund, Betreuer/in	
Name, Vorname	
Anschrift	

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe vom:

Ich/wir entbinde/n die

- Gesundheitsamt
- Jugendamt
- Krankenkasse
- Pflegekasse
- MDK
- Behandelnder Arzt, Krankenhaus
- Reha-Einrichtungen, SPZ
- Logo-, Ergo- und Physiotherapie
- Psychotherapie
- Leistungserbringer der Jugendhilfe (ambulant, teilstationär, stationär)
- Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (ambulant, teilstationär, stationär)

von der Schweigepflicht gegenüber dem Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe Magdeburg und den Ärzten des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Magdeburg.

Ich bin auch mit der Heranziehung und Auswertung von zur gutachterlichen Tätigkeit nötigen Unterlagen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

*) Mit ist bekannt, dass ich die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
	 ottostadt magdeburg	Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

ANLAGE

Erklärung zum Datenschutz

Minderjährige/r

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift	

Sorgeberechtigte/r, Vormund, Betreuer/in

Name, Vorname	
Anschrift	

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass zwischen dem Leistungserbringer, anderen am Antragsverfahren Beteiligten und dem Sozialamt ein Austausch von Personendaten in mündlicher oder schriftlicher Form erfolgen darf.

Sollte im Rahmen meiner Antragstellung hinsichtlich der Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs eine Hospitation in der Schule/Hort/Kita bzw. ein Informationsaustausch mit den Erziehern/Pädagogen der Einrichtung durch die Mitarbeiter des Sozialamtes erforderlich sein, stimme ich dem zu.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die Entscheidung über den Antrag für mein o. g. Kind an das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Magdeburg weitergeleitet werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte legen Sie dem Sozialamt mit dem Antrag auf Betreuung in einer integrativen Kindertagesstätte bzw. auf ambulante Frühförderung alle aktuellen ärztlichen und fachärztlichen Befunde vor. Der Arzt Ihres Kindes muss Ihnen diese kostenfrei zur Verfügung stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass seitens der Landeshauptstadt Magdeburg im Rahmen meiner Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zur Feststellung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) von der Kindertageseinrichtung/Frühförderstelle ein Entwicklungsbericht abgefordert wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen zur Datenverarbeitung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) im Zusammenhang mit der Durchführung der dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe obliegenden Aufgaben gemäß § 4 Abs. 1 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (AG SGB XII) bzw. dem Träger der Eingliederungshilfe obliegenden Aufgaben gem. § 2 Abs. 1 Gesetz zur Ausführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (AG SGB IX)

Sie haben bei einem Landkreis / einer kreisfreien Stadt wegen Sozialleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) /Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nachgefragt. Die Bearbeitung Ihres Anliegens erfordert eine Verarbeitung (beispielsweise das Erheben, das Erfassen, die Speicherung, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung) Ihrer personenbezogenen Daten durch die Behörden des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe und/oder des Trägers der Eingliederungshilfe (aufgeführt unter Nr. 4) . Mit den folgenden Hinweisen werden Sie über diese Datenverarbeitung informiert.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle und des Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle ist die Sozialagentur Sachsen-Anhalt als Behörde des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe des Landes Sachsen-Anhalt / des Trägers der Eingliederungshilfe, vertreten durch die Direktion. Die Direktion und auch den Datenschutzbeauftragten der Sozialagentur können Sie über folgende Kontakte erreichen:

Geschäftsstelle ► Magdeburger Straße 38, 06112 Halle (Saale)
Telefon ► 0345 – 6815 8000 (Zentrale)
Telefax ► 0345 – 6815 8003
E-Mail ► Post-SOZAG@sachsen-anhalt.de
E-Mail ► Datenschutz-SOZAG@sachsen-anhalt.de
Internet ► <https://sozialagentur.sachsen-anhalt.de>

2. Zwecke der Datenverarbeitung

Das Land Sachsen-Anhalt ist als überörtlicher Träger der Sozialhilfe / als Träger der Eingliederungshilfe gemäß §§ 28, 28a Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), §§ 3, 97 Abs. 2 SGB XII, § 94 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit dem Gesetz zur Ausführung des Leistungsgesetzes zuständiger Leistungsträger für Leistungen der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII und SGB IX. Leistungen der Sozialhilfe in Zuständigkeit des Landes sind beispielsweise Leistungen der Hilfe zur Pflege, Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und der Blindenhilfe. Aufgabe dieser Leistungen ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.

Leistungen der Eingliederungshilfe in Zuständigkeit des Landes umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Teilhabe. Aufgabe dieser Leistungen ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Nach dem Sozialhilfe- und Eingliederungshilferecht sind die Möglichkeiten des Einzelnen, sich selbst zu helfen oder die erforderliche Leistung von anderen– auch von Trägern anderer Sozialleistungen zu erhalten (Nachrang der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe), zu beachten.

Um feststellen zu können, ob Ihnen Leistungen nach dem SGB XII / SGB IX zu gewähren sind oder Möglichkeiten der Selbsthilfe oder Leistungen anderer tatsächlich gegeben sind, ist die Verarbeitung (beispielsweise das Erheben, das Abfragen, die Offenlegung durch Übermittlung, die Speicherung) Ihrer personenbezogenen Daten erforderlich.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Erlaubnis zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die zuständigen Behörden des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe und des Trägers der Eingliederungshilfe (aufgeführt unter Nr. 4) zur Erfüllung der vorgenannten Aufgaben stützt sich auf Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e und Artikel 9 Abs. 4 DS-GVO in Verbindung mit §§ 35, 60 SGB I, §§ 67 ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), § 23 SGB IX sowie §§ 121 ff SGB XII.

4. Empfänger der personenbezogenen Daten

Damit die Aufgabe der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe unter Beachtung des Nachrangs erfüllt werden kann, werden Ihre personenbezogenen Daten durch die dafür zuständigen Behörden: das Sozialamt des Landkreises / der kreisfreien Stadt im Rahmen der Heranziehung gemäß § 4 Abs. 1 AG SGB XII und § 2 Abs. 1 AG SGB IX, die Sozialagentur Sachsen-Anhalt, das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt mit Hilfe Informationstechnik gestützter Verfahren verarbeitet und soweit dies im Einzelfall erforderlich ist, andere Leistungsträger (beispielsweise gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Pflegekassen, gesetzliche Rentenversicherung, Agenturen für Arbeit und sonstige Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, kreisfreie Städte, Landkreise, Jobcenter) beteiligt. Zur Zahlung einer Sozialleistung erfolgt die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Landeshauptkasse Sachsen-Anhalt. Für im Einzelfall erforderliche Aufklärung medizinischer Sachverhalte werden personenbezogene Daten durch das Gesundheitsamt des Landkreises / der kreisfreien Stadt, im Falle einer Klage/ eines Rechtsmittelverfahrens durch das zuständige Sozialgericht, Verwaltungsgericht, Zivilgericht mit den jeweils nachfolgend zuständigen Obergerichten verarbeitet. Werden Sozial- bzw. Eingliederungshilfeleistungen durch Einrichtungen oder Dienste erbracht, werden personenbezogene Daten des Leistungsberechtigten an den jeweiligen Leistungserbringer übermittelt. Durch die Firma Dataport werden personenbezogene Daten in Auszahlungslisten verarbeitet, wenn eine Sozialleistung direkt an eine Einrichtung gezahlt wird. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an ein Drittland ist bei den Aufgaben gemäß § 4 Abs. 1 AG SGB XII und § 2 Abs. 1 AG SGB IX nicht beabsichtigt. Die Daten werden im Übrigen nur weitergegeben, wenn eine gesetzliche Verpflichtung besteht (beispielsweise §§ 69 ff SGB X, §§ 121 ff SGB XII) oder Sie in die Weitergabe Ihrer Daten eingewilligt haben (beispielsweise vor der Durchführung der Teilhabekonferenz gemäß § 23 Abs. 2 SGB IX).

5. Dauer der Speicherung

Die Dauer der Speicherung personenbezogener Daten bemisst sich nach einer Zusammenschau der Verwirkungsregelungen in den Sozialgesetzbüchern, die eine gesetzliche Möglichkeit der Rückforderung oder dem Ersatz von Leistungen regeln. Die Speicherung erfolgt in Papierform sowie durch Informationstechnik gestützte Verfahren. Die Dauer der Datenspeicherung kann unter Beachtung von Artikel 17 Abs. 3 Buchstabe d DS-GVO in Verbindung mit dem Archivgesetz Sachsen-Anhalt verlängert werden, soweit es sich um Daten handelt, denen im öffentlichen Interesse bleibender Wert zukommt. Die Entscheidung darüber trifft das Landesarchiv Sachsen-Anhalt.

6. Ihre Rechte als Betroffene/Betroffener (Kapitel 3 DS-GVO)

Unmittelbar aus der DS-GVO resultieren für Sie gegenüber dem Verantwortlichen insbesondere das Auskunftsrecht über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DS-GVO), das Recht auf Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten (Artikel 16 DS-GVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung von Daten (Artikel 18 DS-GVO) und das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben (Artikel 21 DS-GVO).

Soweit Sie von den genannten Rechten Gebrauch machen sollten, wird geprüft, ob die Voraussetzungen gegeben sind.

Für Sie besteht auch ein Beschwerderecht bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz Sachsen-Anhalt

Geschäftsstelle	▶ Otto-von-Guericke-Straße 34a, 39104 Magdeburg
Telefon	▶ 0391 81803-0
Telefax	▶ 0391 81803-33
E-Mail	▶ poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de
Internet	▶ https://datenschutz.sachsen-anhalt.de/service

7. Ihre Verpflichtung zur Bereitstellung der Daten

Wer Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) beantragt oder erhält, ist zur Mitwirkung verpflichtet. Der Umfang Ihrer Mitwirkung sowie die Folgen bei fehlender Mitwirkung sind gesetzlich im SGB I – Allgemeiner Teil – in den §§ 60 bis 67 SGB I geregelt. Dazu gehört, dass alle Tatsachen und auch Änderungen in den Verhältnissen anzugeben sind, die für die Leistung erheblich sind. Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ist auch der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Ebenso sind auf Verlangen des Leistungsträgers entscheidungsrelevante Unterlagen vorzulegen. Erfolgt die erforderliche Mitwirkung Ihrerseits nicht, besteht gemäß § 66 SGB I die Möglichkeit, die Leistung ganz oder teilweise zu versagen oder zu entziehen.

8. Nachweis über die Ihnen erteilten Informationen („Rechenschaftspflicht“)

Die Informationen zur Datenverarbeitung nach der DS-GVO sind Ihnen im Zeitpunkt der Erhebung der personenbezogenen Daten mitgeteilt worden. Der Verantwortliche muss die Einhaltung der Regelungen gemäß der DS-GVO nachweisen können. Als Nachweis, dass Ihnen gegenüber diesen Informationen erfolgt sind, ist im Verwaltungsvorgang der Tag (Zeitpunkt) sowie die Form der Mitteilung (Aushändigung oder Übersendung) dokumentiert.

ANLAGE**Einverständniserklärung zum E-Mail-Versand**

1. Angaben zum Verantwortlichen:

Verantwortlicher für die Verarbeitung meiner Daten ist:

Landeshauptstadt Magdeburg
Sozial- und Wohnungsamt
Wilhelm-Höpfner-Ring 4
39116 Magdeburg

Der/ die zuständige behördliche Datenschutzbeauftragte ist:

Annika Querengässer-Bahr, datenschutzbeauftragter@stadt.magdeburg.de; (Name, Kontaktdaten)
Landeshauptstadt Magdeburg, Datenschutzbeauftragte, 39090 Magdeburg
(siehe auch www.magdeburg.de, Suche: Datenschutzbeauftragter)

Auf Grund der Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen des Art. 25 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) darf eine elektronische Kommunikation zwischen dem Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg und dem Antragsteller, die die Übermittlung personenbezogener Daten und insbesondere besondere personenbezogene Daten, die dem Sozialgeheimnis unterstehen, zum Gegenstand hat nur unter Berücksichtigung des Stands der Technik durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen erfolgen.

Demnach ist eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung grundsätzlich erforderlich, welche durch die Landeshauptstadt Magdeburg derzeit nicht gewährleistet werden kann.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch per E-Mail führen möchten, ist abweichend von den gesetzlichen Bestimmungen ein Versand solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur zulässig, wenn Sie ausdrücklich und auf eigenen Wunsch einer E-Mail-Kommunikation ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und Verschlüsselungen zustimmen.

Gegenstand des einfachen, unverschlüsselten E-Mailverkehrs können beispielsweise sein: Der Versand von Unterlagen, die für die Anspruchsprüfung benötigt werden (z.B. Mietvertrag, Betriebskostenabrechnungen, Rechnungen von Versorgungsunternehmen, Kontoauszüge etc.), Nachfragen zum Bearbeitungsstand.

Behördliche Entscheidungen, wie Bescheide oder andere Maßnahmen, die auf eine Rechtsfolge ausgerichtet sind, sind vom einfachen, unverschlüsselten E-Mailverkehr ausgeschlossen. Ebenso sind fristwahrende Widersprüche in einfachen, unverschlüsselten E-Mails ebenso unzulässig. Diese sind entweder in einer qualifizierten DE-Mail oder postalisch in einem Brief einzulegen.

2. Einwilligungserklärung

Ich Frau/ Herr _____ (Name, Vorname)

Wohnhaft in:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort: _____

bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von Daten im pdf-Format per einfacher, unverschlüsselter E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten und von mir versendeten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind, insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte, sind mir bewusst.

Die hier genannte Einwilligungserklärung bezieht sich nur auf den Datenschutz und die Datensicherheit beim E-Mailverkehr.

3. Hinweis zum Widerrufsrecht

Ich kann mein Einverständnis jederzeit für die Zukunft widerrufen. Um widerrechtliches Handeln Dritter ausschließen zu können, kann ein Widerruf nur schriftlich erfolgen. Gegebenenfalls muss ich meine Identität nachweisen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine personenbezogenen Daten nicht weiter in einfachen, unverschlüsselten E-Mails versendet werden. Die bisherige Verwendung bleibt jedoch hiervon unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift

	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
		Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

nachfragende Person	
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift	

gesetzliche Vertretung (Sorgeberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)	
Name, Vorname	
Anschrift	

1. Teil – Information zur ergänzenden unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Im Rahmen der Antragstellung wurde ich informiert, dass gemäß § 32 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung als niedrighschwelliges Angebot, das bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung steht, in Anspruch genommen werden kann.

Dieses Angebot besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach diesem Buch.

Ansprechpartner in der Landeshauptstadt Magdeburg ist:

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)
 EUTB-Beratungsstelle Magdeburg
 Malteser Hilfsdienst
 Schönebecker Str. 82-84
 39104 Magdeburg
 Telefon: +49 391 6093172

E-Mail: eutb.magdeburg@malteser.org
www.malteser-magdeburg.de

2. Teil - Information zu den Verfahrenslotsen

Das Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) bildet die Grundlage für die Einführung des §10b SGB VIII, um die vom Gesetzgeber vorgesehene Zusammenführung der Eingliederungshilfe zu unterstützen. Somit ist die Aufgabe des Verfahrenslotsens gesetzlich als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe verankert. Die Verfahrenslotsen können Sie bei der Antragstellung unterstützen.

Ansprechpartner in der Landeshauptstadt Magdeburg sind:

Corinna Wetzel
 Landeshauptstadt Magdeburg

Lumumbastraße 26
 39126 Magdeburg

Telefon:+49 391 6627882
 Mobil:+49 151 28130849
 E-Mail:verfahrenslotse@stadt.magdeburg.de

Mouna Nabhan
 Landeshauptstadt Magdeburg

Lumumbastraße 26
 39126 Magdeburg

Telefon:+49 391 6627882
 Mobil:+49 171 5509967
 E-Mail:verfahrenslotse@stadt.magdeburg.de

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
	 ottostadt magdeburg	Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

nachfragende Person	
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift	

gesetzliche Vertretung (Sorgeberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)	
Name, Vorname	
Anschrift	

1. Teil – Information zum persönlichen Budget

Im Rahmen der Antragstellung wurde ich/wir informiert, dass Sachleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 29 SGB IX bzw. im Rahmen der Hilfe zur Pflege gemäß § 63 Abs. 3 SGB XII als persönliches Budget (als Geldleistung) gewährt werden können. Ebenfalls wurde ich informiert, dass die Umstellung der Sachleistung auf ein persönliches Budget auch während des laufenden Leistungsbezuges möglich ist. Hierzu ist eine schriftliche Mitteilung erforderlich.

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Ä

Ort, Datum

Unterschrift

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
	 ottostadt magdeburg	Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

ANLAGE

zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe, Ärztliche Bescheinigung / Fragebogen zur Vorbereitung des Gesamtplanverfahrens – Seite 1 –

Daten der nachfragenden Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Name Haus-/Kinderarzt	
-----------------------	--

Das oben genannte Kind wurde heute / am _____ in meiner Sprechstunde vorgestellt.

Diagnose:

(Befund und Diagnose einschließlich Feststellung über Art, Ausmaß und voraussichtliche Dauer von Funktionsstörungen infolge Krankheit oder Behinderung)

Erfolgte Vorstellungen bei Fachärzten

Facharzt für	bei wem/wo	wann	Diagnosen
Hals- Nasen und Ohren			
Orthopädie			
Neurologie			
Orthopädie			
Augenheilkunde			
SPZ			
Sonstige			

War das Kind bereits in einem Krankenhaus?	
Wo und wann?	
Gibt es bereits für das Kind ärztliche Gutachten? Von wem? / Angabe des Datums	

vom Kinderarzt/ Hausarzt ausfüllen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
	 ottostadt magdeburg	Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

A N L A G E

zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe, Ärztliche Bescheinigung / Fragebogen zur Vorbereitung des Gesamtplanverfahrens – Seite 2 -

Letzte U-Untersuchung am: _____

Ergebnis: _____

Aufgrund der angeführten Krankheit/Behinderung liegen folgende Einschränkungen vor:

- körperliche Entwicklungsstörung
- statomotorische Entwicklungsstörung
- geistige Entwicklungsstörung
- Störung der Sinnesorgane
- Sprach- und Sprechstörungen
- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen

bisherige verordnete Krankenkassenleistungen

	bei wem/wo	wann	Umfang

Ergänzende Hinweise/Anmerkungen: _____

.....
 Ort, Datum

.....
 Stempel, Unterschrift der/des Fachärztin/Facharztes

vom Kinderarzt/ Hausarzt ausfüllen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
		Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

ANLAGE
 Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienung nach § 21 SGB X

ERKLÄRUNG
 zur Einwilligung in die Durchführung einer Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz zur Sicherstellung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)
 – Ist von dem/der Antragsteller/in auszufüllen–

Leistungen werden beantragt für:

Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		

Vertreten durch (z. B. Eltern, Vormund, Betreuer):

Name, Vorname(n), Vertretungsfunktion

Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Zustimmung zur Durchführung einer Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz:

Zur Sicherstellung des Prozessverlaufs kann der Träger der Eingliederungshilfe mit Zustimmung des/der Leistungsberechtigten eine Gesamtplankonferenz nach § 119 SGB IX oder eine Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX einberufen. Die Konferenz ist eine optionale Möglichkeit und gibt dem Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen der Bedarfsermittlung insbesondere bei komplexen Fallkonstellationen eine zusätzliche Gestaltungsmöglichkeit mit dem Ziel der Optimierung der Bedarfsermittlung.

Ich bin einverstanden, dass die Landeshauptstadt Magdeburg im Zusammenhang mit der Leistungserbringung der Eingliederungshilfe eine <input type="checkbox"/> Gesamtplankonferenz <input type="checkbox"/> Teilhabeplankonferenz durchführt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Die Organisation der Konferenz übernimmt der für die Gesamt- bzw. Teilhabeplanung verantwortliche Träger der Eingliederungshilfe oder sonstige verantwortliche Rehabilitationsträger. Nähere Verfahrensvorschriften sieht das Gesetz nicht vor. So kann diese als klassische Zusammenkunft aller beteiligten Personen, durch eine Telefonkonferenz oder eine Web- oder Video-Konferenz ausgestaltet werden.

Abgesehen von den Mitarbeitern Landeshauptstadt Magdeburg und von mir, wünsche ich die Teilnahme von folgenden Personen an der Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz:

gesetzlicher Vertreter (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vertrauensperson (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ehrenamtliche / sonstige Stellen / Personen (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiter von Einrichtungen / sozialen Diensten, die die notwendige fachliche Hilfe erbringen (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiter von beteiligten Rehabilitationsträgern, bspw. Jugendamt, Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, etc. (bitte mit Name und Anschrift benennen) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Der Träger der Eingliederungshilfe kann die Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz ablehnen, wenn der maßgebliche Sachverhalt auch schriftlich ermittelt werden kann, da alle relevanten Unterlagen zur Entscheidungsfindung vorliegen oder der Aufwand zur Durchführung einer Konferenz nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
		Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

Einwilligung zur Übermittlung von Sozialdaten:

Ich erteile der Landeshauptstadt Magdeburg nach § 67 b Abs. 1 und 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) meine Einwilligung, die im Rahmen der Bedarfsermittlung, Leistungsfeststellung und Leistungserbringung erhobenen Daten (ärztliche und psychologische Berichte und Stellungnahmen, Schilderungen meiner aktuellen Lebenssituation im Rahmen der Hilfeplanung, Berichte von Einrichtungen über den Verlauf der Hilfe etc.) zur Durchführung des Gesamtplan- bzw. des Teilhabeplanverfahrens den nachfolgend genannten Beteiligten zu übermitteln:

Mitarbeiter/innen bei der Landeshauptstadt Magdeburg, die im Rahmen der Jugendhilfe und / oder Existenzsicherung mit mir zu tun haben oder hatten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiter/innen bei der Deutschen Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Agentur für Arbeit oder Jobcentern, die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation mit mir zu tun haben oder hatten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegeversicherungen, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation mit mir zu tun haben oder hatten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und/oder Diensten, die mich im Rahmen der Eingliederungshilfe unterstützen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und/oder Diensten, die im Rahmen des Gesamtplan- bzw. Teilhabeplanverfahrens über eine Hilfe für mich beraten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zweck der Übermittlung der Sozialdaten ist die Prüfung der Voraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen sowie die Durchführung der Hilfeplanung. Anhand der Hilfeplanung soll meine aktuelle Situation und mein notwendiger Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Landeshauptstadt Magdeburg erhobene Sozialdaten von Geheimträgern an andere Kostenträger (z.B. örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, Krankenkasse oder Rentenversicherung) und Leistungserbringer (Einrichtungen, Dienste und Vereine / Verbände der fachlichen Hilfe) gemäß §§ 69 und 76 SGB X weitergeben – einschließlich der Übersendung der Verwaltungsakte – darf. Dies kann erforderlich sein, um zu prüfen, ob ein anderer Kostenträger für die von mir beantragte Leistung zuständig ist. Ferner gilt dies ebenfalls im Falle einer Klageerhebung vor einem zuständigen Amtsgericht bzw. Sozialgericht.

Hinweis zur Mitwirkungspflicht:

Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen der Antragstellung gemäß § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) verpflichtet bin,

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Die weiteren Mitwirkungspflichten nach den §§ 61 bis 64 SGB I – insbesondere die Unterziehung von ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen sowie von Heilbehandlungen – sind mir ebenfalls bekannt.

Daraus ergibt sich, dass ich die vorgenannten Erklärungen abgeben muss, sofern die Durchführung einer Gesamtplan- und / oder Teilhabekonferenz von mir gewünscht wird oder von Amtswegen als geeignetes Mittel zur Bedarfsermittlung erscheint. Komme ich dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, wird die sachgemäße Entscheidung über mein Leistungsbegehren nach bestehender Aktenlage getroffen.

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
		Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg, Leistungsbereich II, Eingliederungshilfe

Wünsche / Hinweise / Anregungen zur Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenz:

Belehrung:

Ich bin eingehend beraten worden und bin mir über den Inhalt und die Tragweite der vorgenannten Erklärungen im Klaren. An der Aufstellung des Gesamtplans und des Teilhabeplans und an der Durchführung der Hilfe bin ich bereit im Rahmen meiner zulässigen Mitwirkungspflichten gemäß §§ 60 ff. SGB I mitzuarbeiten. Das bedeutet, ich informiere die Landeshauptstadt Magdeburg über alle Veränderungen bzw. neuen Erkenntnissen in Bezug auf mich, die für die Leistungserbringung notwendig sind.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten nach §§ 67 ff. SGB X beachtet werden. Gemäß § 84 Abs. 5 SGB X i. V. m. Artikel 21 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 besteht das Recht auf Widerspruch zur Verarbeitung (Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung) von Sozialdaten gegenüber der Landeshauptstadt Magdeburg als öffentliche Stelle nicht, soweit an der Verarbeitung ein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das meine Interessen als betroffene Person überwiegt, oder eine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung von Sozialdaten verpflichtet.

Die Zustimmung zur Durchführung einer Gesamtplan- und / oder Teilhabeplankonferenz sowie die Einwilligung zur Nutzung der Sozialdaten erteile ich freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich die vorgenannten Erklärungen gemäß § 67b Abs. 2 SGB X i. V. m. Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und formungebunden gegenüber dem Landeshauptstadt Magdeburg widerrufen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Übermittlung von Sozialdaten keine nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Sollte ich mit einer Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Prüfung und Feststellung der Eingliederungshilfeleistungen notwendigen Daten auch selbst gegenüber einer anderen Behörde, anderen Stelle bzw. Dritten erklären bzw. einholen.

Bei Bedarf erhalte ich eine Kopie der durch den Landeshauptstadt Magdeburg übermittelten Daten.

Rechtsverbindliche Unterschrift	
Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / des/der gesetzlichen Vertreters/in

Rechtsverbindliche Unterschrift bei minderjährigen Antragstellern	
Ort, Datum	Unterschrift der Eltern / der/des Sorgeberechtigten / der/des gesetzlicher Vertreters/in

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des / der zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.
 (bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt)

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen