

Landratsamt Böblingen  
-Soziales und Teilhabe-  
Parkstraße 16  
71034 Böblingen

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

zur Beauftragung des Gesundheitsamtes für die Erstellung des Formblatts  
HB/A im Rahmen der Prüfung von Leistungen nach dem SGB IX

zur Vorlage beim

- Träger der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX
- Schulamt

### Persönliche Angaben

(vom/von der Antragsteller/in bzw. gesetzlichen Vertreter/in selbst auszufüllen)

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wohnort, Straße, ggf. Telefon-Nummer

\_\_\_\_\_

### Behandelnde/r Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten  
bzw. bei bestehendem Betreuungsverhältnis des Betreuers**  
(ggf. Kopie vom Betreuerausweis beifügen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB IX und zur Hilfeplanung benötigt.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene die Hinweise zum Datenschutz gemäß Art. 13, 14 DS-GVO vom jeweiligen Verantwortlichen gesondert erhalten.

Sie bzw. der von Ihnen Vertretene sind im Rahmen der Antragstellung verpflichtet

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel (z.B. ärztliche, psychologische und pädagogische Untersuchungsunterlagen, Berichte, usw.) vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 SGB I).

## Einwilligungserklärung

### **Einhaltung von Auskünften/Untersuchung**

Ich bin damit einverstanden, dass ergänzende Auskünfte zu den von mir vorgelegten ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von oben genannten Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt oder durch ein neurologisch/psychiatrisches Fachkrankenhaus Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und im Formblatt Hb dokumentiert werden.

→  Ja  Nein

### **Übermittlung von Daten an den Träger der Eingliederungshilfe/das Staatliche Schulamt**

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Sozialleistungsträger übermittelt werden.

Sofern zur Erfüllung einer Schulpflicht Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, bin ich damit einverstanden, dass die Daten zur gesundheitlichen Situation und zur Behinderung sowie ggf. die Angabe der zutreffenden Hilfebedarfsgruppe in Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren mit Internat bzw. am Heim dem zuständigen Staatlichen Schulamt übermittelt werden, da dieses über den sonderpädagogischen Bildungsanspruch bzw. über die Notwendigkeit einer Internats- bzw. Heimaufnahme schulrechtlich entscheidet.

→  Ja  Nein

### **Weitergabe von Daten an andere Dritte (s. Text)**

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger, an das Staatliche Schulamt und an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Fachdienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales) weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

→  Ja  Nein

### **Widerspruchsrecht**

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann,

wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben)!

→  Ja  Nein

---

**Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. gesetzl. Vertreters/in**