

Antragsteller/in (Personensorgeberechtigte 1)	
Name der Personensorgeberechtigten	
Straße	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Antragsteller/in (Personensorgeberechtigte 2)	
Name der Personensorgeberechtigten	
Straße	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Bei Pflegekindern:	
Name der leiblichen Eltern (Elternteil 1)	
Straße	PLZ, Ort
Name der leiblichen Eltern (Elternteil 2)	
Straße	PLZ, Ort
Aktuell besuchte Kita bzw. besuchte Schule bzw. künftige Schule	
Name der Kita bzw. der Schule	Ansprechpartner/in
Hat Ihr Kind bereits Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (z. B. Frühförderung, Assistenz in der Kita oder Schule)?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	bis wann? _____
	von wem? _____
Leistungen als Hilfen zu einer Schulbildung	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung während des Unterrichts
<input type="checkbox"/>	medizinische und/oder pflegerische Unterstützung

Begründung

(Warum werden Hilfen zur Schulbildung benötigt? Welcher Hilfebedarf besteht? Bei welchen alltäglichen Verrichtungen besteht Unterstützungsbedarf? - ggf. ein extra Blatt anfügen)

Hilfsmittel

Ist ihr Kind auf Hilfsmittel angewiesen?

nein

ja Art des Hilfsmittels: _____

Behinderungen / Erkrankungen / Diagnosen

Welche Diagnose/n bzw. Behinderung/en liegt/liegen bei ihrem Kind vor?

Bitte **Arztberichte, etc.** anfügen, sofern es sich um einen **Erstantrag** handelt oder **neue Erkenntnisse** vorliegen.

Ursache der Behinderung/en?

seit Geburt

durch Krankheit

durch Dritte oder anderen Sachverhalt verursacht (z. B. durch Gewalttat nach Opferentschädigungsgesetz, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung)

nicht bekannt

Zusammenarbeit mit anderen Stellen:

Ist Ihr Kind beim Gesundheitsamt bekannt? nein ja

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?

nein

ja, Kopie ist beigelegt

Wurde ein Pflegegrad zuerkannt?

nein

ja, Pflegegrad _____

Wo ist ihr Kind krankenversichert?

Krankenkasse/-versicherung _____

Versichert über _____

Name des Versicherungsnehmers

Erhalten Sie für Ihr Kind weitere Leistungen wie z. B. von Ihrer Krankenkasse, vom Amt für Jugend, Familie und Frauen, dem Jobcenter oder Amt für Versorgung und Integration usw.?

nein ja welche: _____

Datenschutz-Information nach Art. 13 DSGVO

1. Verantwortliche Stelle

Verantwortliche Stelle für die im Rahmen der Teilhabe an Bildung verarbeiteten Daten sind:

Das Amt für Jugend, Familie und Frauen
Bremerhaven

- vertreten durch die Amtsleitung –

Hinrich-Schmalfeldt-Str. 42

27576 Bremerhaven

Telefon: +49 471 590 2752

Fax: +49 471 590 350 2536

Jugendamt@magistrat.bremerhaven.de

Das Sozialamt Bremerhaven

- vertreten durch die Amtsleitung –

Hinrich-Schmalfeldt-Str. 36

27576 Bremerhaven

Telefon: +49 471 590 3153

Fax: +49 471 590 2080

Sozialamt@magistrat.bremerhaven.de

2. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenübermittlung

Zur Bearbeitung des Antrages für eine Leistung zur Teilhabe an Bildung werden im Rahmen Ihrer Einwilligung die im Antrag genannten personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet:

2.1 Zur Prüfung des Antrages für eine Leistung zur Teilhabe an Bildung benötigen das Sozialamt Bremerhaven beziehungsweise das Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven die im Antrag genannten Daten. Diese werden bei Ihnen erhoben und an folgende Stellen in Abhängigkeit der Beeinträchtigung Ihres Kindes übermittelt: Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven, Sozialamt Bremerhaven, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven, Schulamt Bremerhaven sowie an das Regionale Beratungs- und Unterstützungszentrum Bremerhaven (ReBUZ). Seitens des Gesundheitsamtes Bremerhaven erfolgt eine Stellungnahme zu den wesentlichen Beeinträchtigungen in der Teilhabe. Im Bedarfsfall erfolgt eine ergänzende Stellungnahme seitens der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien Bremerhaven.

2.2 Ebenso werden für die **Bereitstellung einer Leistung zur Teilhabe an Bildung** die Angaben zu der Diagnose und des Unterstützungsbedarfs Ihres Kindes, der Name der Schule, die Telefonnummer und die Adresse der Eltern/Erziehungsberechtigten erhoben und verarbeitet.

2.3 Zur **Gewährleistung der Erbringung der Leistung zur Teilhabe an Bildung** werden der Name, Diagnose und Unterstützungsbedarf Ihres Kindes, seine bzw. ihre Schule sowie der Name, die Telefonnummer und die Adresse der Eltern/Erziehungsberechtigten an Dritte (Träger zur Erbringung von Teilhabe an Bildung/Eingliederungshilfe) weitergegeben.

2.4 Zur **anteiligen Kostenübernahme Ihrer Krankenkasse**, sofern bei Ihrem Kind Teilhabe an Bildung aufgrund einer Diabeteserkrankung erbracht werden, wird der Name und die Diagnose Ihres Kindes sowie die Häufigkeit von Blutzuckermessungen und die Häufigkeit der Insulingabe bei Ihrem Kind an Ihre Krankenkasse weitergegeben.

Ihre Daten werden gelöscht, wenn diese zur Erfüllung der gesetzmäßigen Aufgabe nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen einer Löschung entgegenstehen. Die Daten werden im Rahmen Ihrer Einwilligung auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 DSGVO durch das Sozialamt Bremerhaven beziehungsweise das Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven verarbeitet. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, wird die entsprechende Datenübermittlung eingestellt.

3. Rechte der betroffenen Person

Betroffene Personen haben das Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die sie betreffenden, oben genannten personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung unrichtiger Daten oder auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z.B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Es besteht zudem das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, wenn eine der in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen vorliegt und in den Fällen des Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit.

4. Hinweis auf ein Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO

Werden Daten auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. e) DSGVO (Datenverarbeitung zur behördlichen Aufgabenerfüllung bzw. zum Schutz des öffentlichen Interesses) oder lit. f) DSGVO erhoben (Datenverarbeitung zur Wahrung berechtigter Interessen), steht Ihnen das Recht zu, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Widerspruch einzulegen. Die personenbezogenen Daten werden dann nicht mehr verarbeitet, es sei denn, es liegen nachweisbar zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vor, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Bitte richten Sie den Widerspruch möglichst an die in Punkt 1 genannten verantwortlichen Stellen.

5. Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Das Beschwerderecht kann insbesondere bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat des Aufenthaltsorts der betroffenen Person oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend gemacht werden. Für das Bundesland Bremen ist die zuständige Aufsichtsbehörde:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien Hansestadt Bremen
 Arndtstraße 1
 27570 Bremerhaven
 Tel.: +49 421 3612010 oder +49 471 5962010
 Fax: +49 421 49618495
 E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

6. Kontaktdaten der behördlichen Datenschutzbeauftragten

Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven:
datenschutz.jugend@magistrat.bremerhaven.de

Sozialamt Bremerhaven:

datenschutz.soziales@magistrat.bremerhaven.de

Die Datenschutz-Information nach Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.

X

X

Ort, Datum

(Unterschrift) Personenberechtigte/r 1

X

X

Ort, Datum

(Unterschrift) Personenberechtigte/r 2

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht

Im Rahmen der Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung werden Informationen von den unten genannten Einrichtungen/Personen zu den Schülerinnen/Schülern benötigt. Hierfür bedarf es einer Schweigepflichtentbindungserklärung und einer Einverständniserklärung zur Datenübermittlung, damit Informationen, die der Schweigepflicht aus § 203 StGB unterliegen, an die unten genannten Einrichtungen/Personen weitergeben werden dürfen.

Für mein/unser Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit entbinde/n ich/wir folgende Stellen:

- Gesundheitsamt Bremerhaven
- Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien Bremerhaven
- ReBUZ Bremerhaven
- Schule/Kindertagesstätte
- Die für mein Kind eingesetzte Assistenzkraft, deren Vertretung und die Koordinationskraft des Trägers der Leistung zur Teilhabe an Bildung erbringt, sofern dem Antrag auf Assistenz entsprochen wird
- Weitere: _____

gegenüber dem Sozialamt Bremerhaven beziehungsweise dem Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Informationsaustausch (schriftlich/ mündlich) zwischen den vorherigen genannten Stellen zum Zwecke der Angelegenheiten einer Leistung zur Teilhabe an Bildung erfolgt.

Ich erkläre mich zudem damit einverstanden, dass die für die Betreuung meines/unseres Kindes erforderlichen Unterlagen gegenseitig übermittelt werden dürfen.

Die Schweigepflichtentbindung und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung ist gültig bis:

__ . __ . 20 2__.

Sie endet in jedem Fall mit Beendigung der Maßnahme. Die Verpflichtung, Stillschweigen über die erlangten Informationen zu bewahren, gilt auch nach Abschluss der Maßnahme weiter.

Die Entbindung von der Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung kann jederzeit per E-Mail an Jugendamt@magistrat.bremerhaven.de bzw. Sozialamt@magistrat.bremerhaven.de oder per Post an das Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven, Hinrich-Schmalfeldt-Str. 42, 27576 Bremerhaven beziehungsweise das Sozialamt Bremerhaven, Hinrich-Schmalfeldt-Str. 36, 27576 Bremerhaven mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bitte beachten Sie, dass die Maßnahme bei Widerruf der Schweigepflichtentbindungserklärung nicht weiter durchgeführt werden kann, da das Sozialamt Bremerhaven beziehungsweise das Amt für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven auf die Informationen der oben genannten Einrichtungen/Personen etc. angewiesen sind.

x

x

Ort, Datum

(Unterschrift) Personenberechtigte/r 1

x

x

Ort, Datum

(Unterschrift) Personenberechtigte/r 2