**Einwilligung in die Datenerhebung
sowie die Übermittlung personenbezogener Daten**

Im Rahmen meines Antrages vom auf Leistungen der Jugendhilfe / Eingliederungshilfe und / oder Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII beauftrage ich den Landkreis Oberhavel, Fachbereich Soziales / Fachbereich Jugend, bei folgenden Institutionen Stellungnahmen hinsichtlich der Anspruchsberechtigung und des Leistungsumfangs für das Kind/ Mündel

.....
Name, Vorname

einzuholen (bitte ankreuzen):

- Fachbereich Gesundheit, Landkreis Oberhavel
- Fachbereich Jugend, Landkreis Oberhavel
- Fachbereich Soziales, Landkreis Oberhavel
- Kita
- Schule
- Hort
- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- Hausarzt (Schweigepflichtentbindung bitte beifügen)
- Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (z.B. Krankenkasse).....

Ich willige ein, dass zum Zwecke der Einholung der Stellungnahmen die hierfür erforderlichen Daten an die von mir angegebenen Institutionen übermittelt werden (bitte ankreuzen):

- Ja
- Ja, jedoch nur an die folgenden Institutionen:.....
- Nein

Die Einwilligung erleichtert und beschleunigt die Anspruchsprüfung. Sie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ohne Einwilligung müssen die erforderlichen Stellungnahmen von Ihnen selbst beschafft und vorgelegt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Erweiterte Datenübermittlungsbefugnis:

Sie haben für Ihr Kind/ Mündel Leistungen der Jugendhilfe bzw. der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII / SGB XII beantragt. Häufig kommt es im Rahmen der hierbei ggf. erforderlich werdenden Begutachtung durch den Fachbereich Gesundheit zu Überschneidungen mit anderen amtlich vorgesehenen Untersuchungen (z. B. Schuleingangsuntersuchung). Um dem Kind/ Mündel unnötige Doppeluntersuchungen weitgehend zu ersparen bitte ich Sie darum, sich damit einverstanden zu erklären, dass durch den Fachbereich, der die Leistung erbringt, der Name und das Geburtsdatum des Kindes/ Mündels sowie die Leistungsart dem Fachbereich Gesundheit mitgeteilt wird. Die Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden.

- Ja**, ich willige ein, dass Name, Geburtsdatum und Leistungsart, oben genanntes Kind betreffend, durch den leistenden Fachbereich (Soziales bzw. Jugend) dem Fachbereich Gesundheit mitgeteilt werden.
- Nein**, ich willige nicht ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)