Anlage zum Antrag auf Landespflegegeld gemäß Landespflegegeldgesetz für blinde Menschen/ für gehörlose Menschen

Hinweis nach § 35 SGB I i.V.m. § 67 a Abs. 3 SGB X

Ihre Angaben werden vom Sozialamt auf der Grundlage der §§ 67 a bis c SGB X zur Erfüllung der Aufgaben nach dem Landespflegegeldgesetz zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, gespeichert und genutzt. Sie werden – falls erforderlich – an das Landessozialamt übermittelt.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Anschrift:

Betreuer(in): Name/Anschrift

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass durch das zuständige Sozialamt bei der Pflegekasse, beim Landesamt für Soziales und Versorgung, im Sozialamt ärztliche Beurteilungen und Gutachten, ggf. in die Unterlagen der Schwerbehindertenakte über:

meine Person

von mir betreute Person

mein Kind

eingesehen bzw. zugeschickt werden kann, soweit dies zur Entscheidung über die Gewährung von Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz erforderlich ist.

Dementsprechend entbinde ich hiermit: Herrn Dr./Frau Dr. _____

Herrn/Frau _____

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des zuständigen Sozialamtes/SPMD darauf gerichtet ist, zu meinen Gunsten alle in Betracht kommenden Behinderungen und weiteren gesundheitlichen Merkmale festzustellen und eine Verweigerung der Einwilligung zur Folge haben kann, dass vom Sozialamt umfangreichere Untersuchungen durchgeführt werden müssen.

Sofern ich damit einverstanden bin, habe ich die Beschränkung dieser Einwilligung nachfolgend vermerkt:

Unterschrift: _____

Datum: _____