

Checkliste zum Antrag auf Aufnahme

(Name/Vorname/Anschrift)

Aufnahmeantrag ausgehändigt / zugesandt am: _____

Unterlagen für die Aufnahme in der WfbM:

1. Aufnahmeantrag (**auf Seite 6 mit Datum und Namen unterzeichnen!**)
2. Schweigepflichtsentbindung
3. **Fachärztliche(s)** Stellungnahme (Seite 8/9) oder **Attest** bei Neuaufnahmen
4. Medikamentenblatt
5. Einverständniserklärung Schwimm- und Sportangebote
6. Angaben zur Beförderung und Verkehrssicherheit
7. Angaben zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM)
8. Einverständniserklärung nach den Datenschutzbestimmungen
9. Einverständnis der Datenverarbeitung von Bild-, Film- und Tonaufnahmen für Werbung und Publikation
10. Kopie der Bestellungsurkunde über gesetzliche Betreuung
11. Kopie Personalausweis
12. Kopie Schwerbehindertenausweis und Feststellungsbescheid von Behörde
13. Sozialversicherungsnummer (ggf. Kopie Sozialversicherungsausweis)
14. Kopie des EU-Rentenbescheides (falls vorhanden)
15. Kopie des aktuellen Grundsicherungsbescheides (sofern keine anderen Einkünfte/Sozialleistungen in Betracht kommen oder bezogen werden)

Grundsicherung erhält, wer mindestens 18 Jahre alt ist und dauerhaft voll erwerbsgemindert ist → wer pro Tag weniger als drei Stunden arbeiten kann, ist dauerhaft voll erwerbsgemindert, sofern unwahrscheinlich ist, dass die Erwerbsminderung aufgehoben werden kann.

Weiterführende Informationen unter:

<https://www.lebenshilfe.de/informieren/arbeiten/grundsicherung-im-alter-und-bei-erwerbsminderung>

16. Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse
17. Steueridentifikationsnummer
18. ärztliche Diätverordnung bei Erforderlichkeit Sonderkost
19. letztes Schulzeugnis
20. bei Beschäftigungsverhältnissen: tabellarischer Lebenslauf mit Lichtbild
21. ggf. Kopien von Arbeitszeugnissen / Zertifikaten, Berichten von Maßnahmen der beruflichen Eingliederung

Bitte ankreuzen:

- für das **BBZ Kompass (Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich)**
 für die **Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung (Arbeitsbereich)**
 für die **Werkstatt für Menschen mit psychischer Behinderung (Arbeitsbereich)**

Antragsteller/in:	
Name und ggf. Geburtsname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

Anschrift:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail-Adresse:	

Nationalität: (Bitte Kopie des Ausweises beifügen!)	
Familienstand:	
Geschlecht (männlich, weiblich, divers, ohne Angabe):	
Konfession (freiwillige Angabe):	
Leibliche Kinder: (Kopie der Geburtsurkunde der Kinder beifügen- wichtig für Pflegeversicherung)	

Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> bei den Eltern	<input type="checkbox"/> in einer Familie
	<input type="checkbox"/> in Wohnstätte	<input type="checkbox"/> in einer Außenwohngruppe
	<input type="checkbox"/> im ambulant betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/> in einer eigenen Wohnung
	<input type="checkbox"/> sonstige Wohnform	

ggf. wichtige Angehörige	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mailadresse:	

<p>Es besteht eine amtlich bestellte Betreuung:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge (u. a. Geltendmachung von Renten- und/oder Sozialhilfe- oder Versicherungsleistungen) <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vertretung des Betroffenen in gerichtlichen Verfahren <input type="checkbox"/> Vertretung in Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Sonstiges (u. a. Entgegennahme/ Öffnen/ Anhalten der Post) 	<p>Name, Vorname: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <hr/> <p>Telefon: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Kopie Bestellsurkunde beifügen.</p>
--	--

Sonstige Bezugsperson:	<input type="checkbox"/> ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Wohnstätte
	<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Sonstige
	Name, Vorname: _____	
	Anschrift: _____	
	Telefon: _____	Mobil: _____

<p>Art der Behinderung: <small>(fachärztliches Attest mit ICD-Nr. vom Psychiater/ Neurologen beifügen)</small></p>	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung/ Behinderung
---	--

Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis: _____ Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____ Kopie SB-Ausweis und Feststellungsbescheid beifügen.
----------------------------------	---

Pflegegrad gemäß § 61b SGB XII:	<input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5 Kopie MDK-Bescheid über Pflegegutachten beifügen.
--	---

Hausarzt:	Name, Vorname:
	Anschrift:
	Telefon:
Facharzt (Psychiater/ Neurologe):	Name, Vorname:
	Anschrift:
	Telefon:
Bei psychischer Behinderung: <u>letzte stationäre und/ oder teilstationäre Aufenthalte:</u> (Klinik, Tagesklinik)	
<u>relevante ambulante Therapien:</u> (z. B. ambulante Psychotherapie)	
Müssen Medikamente während der Arbeitszeit eingenommen werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, können diese selbständig eingenommen werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <u>nein</u>, bitte das beigegefügte Medikamentenblatt gemäß der aktuellen ärztlichen Verordnung bei Aufnahme vorlegen.
Besteht eine Bedarfsmedikation? Bei eigenständiger Einnahme, Ort der Bedarfsmedikation:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, kann diese selbständig eingenommen werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Ort Bedarfsmedikation links angeben! Wenn <u>nein</u>, bitte das beigegefügte Medikamentenblatt gemäß der aktuellen ärztlichen Verordnung bei Aufnahme vorlegen.
Wird eine ärztlich verordnete Sonderkost benötigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ Wenn <u>ja</u>, bitte eine aktuelle ärztliche Verordnung bei Aufnahme vorlegen.
Besteht ein Anfallsleiden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anfallshäufigkeit:	
Datum des letzten Anfalls:	

Bestehen gesundheitliche Einschränkungen, gibt es wichtige arbeitsmedizinische Hinweise, Verhaltensauffälligkeiten oder besondere Gewohnheiten, die zu beachten sind?

Evtl. Auslöser hierfür:

Hilfestellung/ Assistenz ist erforderlich bei (bitte Art und Umfang der Hilfe konkret beschreiben):

Bei der Pflege/ Betreuung ist besonders zu beachten:

Werden während der Beschäftigungszeit in der WfbM besondere medizinische oder therapeutische Behandlungen benötigt (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie)?

Bankverbindung: <small>(alternativ Kopie der Bankkarte beifügen)</small>	Name und Anschrift der Bank: _____
	IBAN: _____ BIC: _____
	Kontoinhaber: _____

Wurde eine Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei DRV _____
Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, unbefristet <input type="checkbox"/> ja, befristet bis: _____
Sozialversicherungsnummer: <small>(Hinweis: Falls sie noch nicht vorliegt, muss sie über die Krankenversicherung bei der jeweiligen DRV beantragt werden.)</small>	Kopie des Rentenbescheides beifügen.

<p>Name und Sitz der Krankenkasse: (bei der die Pflichtversicherung durchgeführt werden soll)</p> <p><i>Hinweis:</i> Die Fortführung einer Familienversicherung ist nicht möglich!</p>	<p>Mitgliedsbescheinigung der Krankenversicherung beifügen.</p>
---	--

<p>Steueridentifikations-Nr.: (11-stellig)</p>	<p>_____</p>	<p><i>Hinweis:</i> Die Steuer-ID-Nr. wird vom Bundeszentralamt für Steuern ausgestellt. Falls nicht vorhanden, bitte dort online beantragen oder mit dem Finanzamt oder dem Meldeamt (Bürgerbüro) Ihres Wohnsitzes Kontakt aufnehmen.</p>
---	--------------	---

<p>Welche Tätigkeiten und Arbeitsfelder interessieren Sie besonders? Welche besonderen Wünsche haben Sie an die Werkstatt?</p>

Folgende Angaben sind nur bei einem direkten Wechsel aus einer anderen Werkstatt in den Arbeitsbereich der WfbM Büngerntechnik erforderlich:

ggf. bisheriger Lohn:	
Leistungsträger:	
Kostenzusage vom:	
Aktenzeichen LWL/ LVR oder sonstige Leistungsträger WfbM, falls bekannt:	

WICHTIGER HINWEIS:

Für die Aufnahme in das Eingangsverfahren/in den Berufsbildungsbereich ist es erforderlich einen Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben beim zuständigen Rehabilitationsträger (in der Regel bei der Agentur für Arbeit oder bei der Deutschen Rentenversicherung Bund/ Westfalen-Lippe) zu stellen!

Dieser Antrag wurde bereits gestellt: nein ja, wann _____ wo _____

(Ort, Datum)

(Unterschriften Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter)

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde(n) ich / wir

(Name, Vorname Antragsteller/ gesetzlicher Betreuer)

- Angehörige (Eltern, Geschwister etc.)
- Hausarzt
- Facharzt
- Wohnanbieter (Bezugsbetreuer und ggf. deren Vertreter in Wohnstätten, im ambulanten Betreutem Wohnen etc.)
- sonstige Fachdienste und Einrichtungen (WfbM, Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt etc.)

von der Schweigepflicht über

- mich
- unsere Tochter
- unseren Sohn
- meinen zu Betreuende(n)

(Name, Vorname)

soweit es für die Aufnahme und die Beschäftigung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen Büngern-Technik, 46414 Rhede-Büngern bzw. in der Abteilung der Büngern-Technik „integra-Industrieservice“ erforderlich ist.

Sofern ich eine Erwerbsminderungsrente erhalte oder mein Rentenversicherungsträger den Leistungen zur Eingliederung in das Arbeitsleben in einer WfbM zugestimmt hat, erkläre ich mich mit der Anforderung von relevanten ärztlichen Unterlagen bei meinem Rentenversicherungsträger einverstanden.

Weitere Unterlagen über die Behinderung und über den Rehabilitationsverlauf in einer Bildungsmaßnahme (Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich einer WfbM, Unterstützte Beschäftigung etc.) können unter Beifügung dieser Erklärung bei(m):

angefordert werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ gesetzlicher Betreuer

Vorlage für fachärztliche Stellungnahme bei Neuaufnahmen (Seite 1)
(oder alternativ ein **fachärztliches Attest** mit Diagnose und ICD-10 Schlüssel vom Neurologen/ Psychiater mit Stempel und Unterschrift ausstellen lassen)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Die fachärztliche Stellungnahme wurde erstellt durch:

niedergelassener Psychiater/Neurologe Klinik Ambulanz Gesundheitsamt

Institution/ Klinik: _____

Name des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Diagnosen nach ICD-10:

Herr/ Frau _____ ist bei mir in

ambulanter stationärer fachärztlicher Behandlung.

ggf. Angaben relevanter Klinikaufenthalte:

Die Krankheit/ Behinderung geht zurück auf einen Unfall (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft) oder ist Folge einer Geburtsschädigung durch Arzt- oder Hebammenfehler, einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung, eines Impfschadens oder einer Gewalttat.

Nein Ja

ggf. Erläuterungen: _____

Vorlage fachärztliche Stellungnahme bei Neuaufnahmen (Seite 2)

Folgende ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen sind erforderlich:
(sofern sie für die berufliche Rehabilitationsmaßnahme in der WfbM von Bedeutung sind)

Eine medizinische Rehabilitationsbehandlung wird vom Facharzt empfohlen, ist geplant:

Nein Ja

Wenn ja, Begründung: _____

Es werden bereits ärztliche und ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen aktuell in Anspruch genommen (sofern sie für die berufliche Rehabilitationsmaßnahme in der WfbM von Bedeutung sind):

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambulante Psychiatrische Krankenpflege | Frequenz/ Woche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Behandlungspflege | Frequenz/ Woche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Soziotherapie | Frequenz/ Woche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | Frequenz/ Woche: _____ |

Es liegen selbst- oder fremdgefährdende Tendenzen vor:

Nein Ja ggf. ergänzende Bemerkungen:

Ggf. weitere Anmerkungen vom Facharzt (sofern sie für die berufliche Rehabilitationsmaßnahme in der WfbM von Bedeutung sind):

Datum: _____ Unterschrift und Stempel Facharzt: _____

Medikamentenblatt

für _____ (Name, Vorname)	vom: _____ (Datum)
------------------------------	-----------------------

Dauermedikation:

Verordnung vom	Medikament	Einnahmezeit und Art der Einnahme (von 8:00 bis 15:30 Uhr)	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)	geändert oder abgesetzt am	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)

Im Kühlschrank aufzubewahrende Medikamente: _____ (Ort der Aufbewahrung)

Bedarfsmedikation:

Verordnung vom	Medikament	genaue Beschreibung des Bedarfsfalls (Situation, Uhrzeit, Menge)	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)	beenden am	Unterschrift (Betreuer)

Medikamentenallergien: _____ Unverträglichkeiten: _____

Einverständniserklärung Sport- und Schwimmangebot

Hiermit erkläre/n ich / wir,
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

(Name, Vorname)

dass ich / meine Tochter / unser Sohn / mein(e) zu Betreuende(r)
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

(Name, Vorname)

mit der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen Büngern-Technik im Rahmen der Sport- und Schwimmangebote ins Hallenbad und in die Turnhalle gehen kann.

Ich / meine / unsere Tochter / mein / unser Sohn / zu Betreuende(r)
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

- bin / ist
- Schwimmer/in
 - Nichtschwimmer/in
 - anfallskrank (letzter Anfall war _____)
 - anfallsfrei

Hinweis:

Falls eine Anfallserkrankung vorliegt, bitte bei gewünschter Teilnahme an einem Schwimmangebot ein Unbedenklichkeits-Attest vom Arzt vorlegen/ beifügen!

Ich / meine / unsere Tochter / unser Sohn / zu Betreuende(r)
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

kann am

Schwimmangebot nicht teilnehmen, weil _____

Sportangebot nicht teilnehmen, weil _____

Ort, Datum

Unterschrift

Angaben zur Beförderung und Verkehrssicherheit

Zu befördernde Person:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Beförderung mit dem Werkstattbus ist erforderlich: ja nein

Wenn ja, kurze Begründung: _____

Sitzplatz Sitzplatz (Transport Rollator im Bus)

Sitzplatz (Transport Rollstuhl im Bus) Rollstuhlfahrer (Standartgröße)

Rollstuhlfahrer (keine Standartgröße) / Maße: _____

Assistenz im Bus beim Ein- und Aussteigen erforderlich: _____

Fährt eigenständig zur Werkstatt nach:

BBZ Kompass, Rhede Büngerntechnik Borken Mussum integra Rhede

Nutzung Verkehrsmittel: Rad Auto Roller Sonstiges: _____

Abfrage der Verkehrssicherheit:

kann eigenständig öffentliche Verkehrsmittel (ÖPNV) nutzen

kann mit Begleitung ÖPNV nutzen

kann einfache Fußwege in unbekannter Umgebung eigenständig bewerkstelligen

kann einfache Fußwege im bekannten Umfeld bewerkstelligen

keine Orientierung

Besonderheiten: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Angaben zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) für

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Abfrage zu erforderlichen FEM, die im Werkstattalltag in Frage kommen:

- Bauchgurt
- Fixierung der Beine/ Füße
- Fixierung Brust/ Schulter
- Bettgitter (im Ruheraum)
- Therapietisch
- Sicherung während des Transportes im Zubringerdienst/ Fahrdienst der WfbM
- Türgitter
- Sonstiges (mit aufnahmen für FEM die noch nicht umgesetzt werden)
- es liegt ein richterlicher Beschluss zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen vor:

Aktenzeichen: _____ Befristung/ Zeitraum: _____

Einverständniserklärung: bei Bedarf wird der zuständigen Wohn- und Teilhabeberatung des Kreises Borken Einsichtnahme in den Beschluss zur FEM gewährt

Einverständniserklärung: bei Bedarf darf der zuständigen Wohn- und Teilhabeberatung des Kreises Borken eine Kopie des Beschlusses zur FEM ausgehändigt werden

Bitte eine Kopie des Beschlusses vom Amtsgericht beifügen ggf. nachreichen!

Wichtiger Hinweis:

Beim Erreichen des 18. Lebensjahres müssen erforderliche freiheitsentziehende Maßnahmen vom gesetzlichen Betreuer beim Amtsgericht beantragt werden. Nur ein Richter kann die Notwendigkeit und Rechtmäßigkeit von FEM in Einrichtungen (WfbM, Wohn- / Tagesstätten, Pflegeeinrichtungen etc.) über einen richterlichen Beschluss anordnen. **Wenn die Rechtmäßigkeit einer FEM nicht gegeben ist, darf sie in der Werkstatt nicht durchgeführt werden!** FEM sind bei der zuständigen WTG-Behörde des Kreises Borken meldepflichtig. Die FEM werden von der zuständigen WTG-Behörde überwacht und über Prüftermine vor Ort streng kontrolliert.

Ort, Datum

Unterschrift Angehörige/ gesetzlicher Betreuer

Merkblatt zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM)

(für Eltern, Angehörige, gesetzliche Betreuer)

Es ist zwischen 4 verschiedenen Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) zu unterscheiden:

1. Personen, die keinen Beschluss für eine FEM benötigen, da sie sich nicht eigenständig bewegen können (das sollte vom Gericht festgestellt werden) → keine FEM.
2. Personen mit einem vom Gericht erlassenen Beschluss für eine FEM → FEM.
3. Personen mit einer freiwilligen FEM: die Person ist in der Lage eigenständig zu entscheiden, ob die FEM angewandt werden soll oder nicht → FEM.
4. Personen, die die FEM eigenständig aufheben können → keine FEM.

Folgende Maßnahmen und Dokumentationen sind seitens der Werkstatt erforderlich:

Zu 1: Personen die keinen Beschluss für eine FEM benötigen, da sie sich nicht eigenständig bewegen können → keine FEM

Wenn klar ist, dass die Maßnahme (z. B. Bauchgurt im Rolli oder Bettgitter im Ruheraum) aufgrund der körperlichen Behinderung keine FEM ist (da keine Möglichkeit besteht sich aus eigener Körperkraft heraus aus dem Rolli oder dem Bett zu bewegen), bedarf es **keiner Dokumentation** als FEM, da einzig die Schutzfunktion für den betroffenen Beschäftigten im Vordergrund steht.

Zu 2: Personen mit Beschluss für eine FEM

Hier ist mindestens eine tägliche Dokumentation erforderlich. Es gilt, dass die vorübergehende Lösung des Bauchgurtes beim Rollstuhl oder das Wegnehmen des Stecktisches am Rollstuhl für Toilettengänge oder Ähnliches, nicht als Unterbrechung der FEM zu dokumentieren ist (einmal tägliche Dokumentation durch das Fachpersonal der WfbM reicht aus). Anders verhält es sich, wenn die FEM Maßnahme nicht täglich, sondern nur bei Bedarf angewandt wird. Hier ist dann jeder Einsatz der jeweiligen FEM zu dokumentieren. Dies ist der Fall, wenn z. B. der Beschluss vorliegt, der z. B. die FEM „Time-Out-Raum in Erregungszuständen“ genehmigt.

Zu 3: Personen mit freiwilliger Einwilligung in die FEM: die Person ist in der Lage eigenständig zu entscheiden, ob die FEM angewandt werden soll oder nicht → FEM

Auch bei einer freiwilligen Einwilligung in FEM muss diese (wie unter Punkt 2. aufgeführt) täglich dokumentiert werden. Ebenso gilt die Regelung für Maßnahmen, die nach Bedarf angewandt werden. Zusätzlich ist bei freiwilligen Maßnahmen alle drei Monate über ein Gespräch mit dem Betroffenen vom Fachpersonal der WfbM zu dokumentieren, ob die Freiwilligkeit in die FEM Maßnahme auch weiterhin besteht.

Zu 4: Personen, die die FEM eigenständig aufheben können → keine FEM.

Eine **Dokumentation ist hier nicht erforderlich**, da es sich nicht um eine FEM handelt.

Einverständniserklärung nach den Datenschutzbestimmungen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Büngern-Technik folgende personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung erhebt, verarbeitet und aktualisiert, um das Aufnahmeverfahren nach § 2 Werkstättenverordnung (WVO) in Verbindung mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) durchzuführen:
 - Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Eltern/ Angehörige, gesetzliche Betreuung, Konfession, Familienstand, Wohnort, Wohnsituation/ Wohnform, Angaben zum Hausarzt und zu Fachärzten)
 - Biografische Daten (schulischer/ beruflicher Werdegang, für die Werkstatt relevante Informationen zur Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen, Tabus)
 - Arztberichte/ fachärztliche Gutachten inkl. Diagnosen und Befunde, psychologische Befunde/ Gutachten, Anamnese-Dokumentation, Grad der Behinderung mit Merkzeichen, Pflegegrad, Vorerkrankungen, Allergien, Medikamentenverabreichung, sonstige relevante Informationen zu medizinischen und therapeutischen Behandlungen
2. Soweit zur Durchführung der Leistungserbringung erforderlich ist die Büngern-Technik berechtigt, die notwendigen personenbezogenen Daten an Dritte (insbesondere an die Leistungsträger der Eingliederungshilfe wie Agentur für Arbeit, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Deutsche Rentenversicherung und die übrigen Rehabilitationsträger gemäß § 6 Sozialgesetzbuch IX, an Krankenkassen, an Sozialhilfeträger, an Pflegekassen sowie weitere Abrechnungsstellen) zum Zwecke der Beantragung und Abrechnung von Leistungen weiterzugeben.
3. Ich bin damit einverstanden, dass die Büngern-Technik zum Zwecke der Durchführung eines Qualitätsmanagementaudits dem Auditor Einsichtnahme in meine Personalakte gewährt. Mir ist bekannt, dass die Auditoren einer besonderen Schweigepflicht über den Inhalt des Audits und insbesondere über den Inhalt der Personalakte unterliegen. Die Auditoren sind nicht berechtigt Aufzeichnungen oder Kopien über den Inhalt der Personalakte anzufertigen.
4. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs der Einwilligungserklärung Einschränkungen in meiner Versorgung (Betreuung und Pflege) bzw. finanzielle Nachteile (z.B. abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen.
5. Wird eine Aufnahme vom Bewerber oder von der Büngern-Technik abgesagt, so ist die Büngern-Technik verpflichtet, die erhobenen Daten binnen einer Frist von 8 Wochen zu löschen, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen worden ist.
6. Die Büngern-Technik arbeitet im Rahmen der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz nach festgelegten Regelungen für die IT-Nutzung, zum Datenschutz und zum Umgang mit Personalakten.
7. Die Mitarbeiter der Büngern-Technik sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber / Unterschrift gesetzlicher Vertreter



Einverständnis der Datenverarbeitung von Bild-, Film- und Tonaufnahmen für Werbung und Publikation – Model Release

Verantwortlich für die Erstellung und Verarbeitung von Bildaufnahmen sind der Caritasverband für Bocholt, Isselburg und Rhede e.V., Nordwall 44-46, 46399 Bocholt sowie

Name der Einrichtung

Es ist für die interne Bildverarbeitung erforderlich, Name der Person und Datum der Aufnahme zu speichern. Die Bilder werden zur Verarbeitung auf Speichermedien (Festplatte, USB-Stick, DVD, Festplatte etc.) übertragen. Für den Ausdruck der Aufnahmen werden die Daten ggfs. an Dritte übermittelt (z.B. Druckerei, Fotolabor, Fotoshop).

Grundsätzlich werden Aufnahmen nur so lange gespeichert, wie sie zur Zweckerfüllung erforderlich sind und danach gelöscht.

Ich, ----- (Vorname, Name)

bin damit einverstanden, dass von mir Bildaufnahmen

Video- und Tonaufnahmen gemacht werden.

Ich stimme zu, dass die oben genannten Aufnahmen für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit und Werbung erstellt, verwertet und verarbeitet werden dürfen. Dazu zählen z.B.

- ✓ Publikationen des Caritasverbandes für Bocholt, Isselburg und Rhede e.V. und seiner oben genannten Einrichtung wie Jahresbericht, Chronik, (Reise-)Programmhefte, Angebotsübersichten etc.
- ✓ Presse- und Medienveröffentlichungen des Caritasverbandes für Bocholt, Isselburg und Rhede e.V. und seiner oben genannten Einrichtung z.B. in Form von Pressemitteilungen in den Lokalzeitungen, Anzeigenblättern, Beiträge im Lokalradio und in Lokalsendern
- ✓ Werbematerialien der Einrichtung, des Caritasverbandes für Bocholt, Isselburg und Rhede e.V. bzw. seiner Produkte und Angebote in Form von z.B. Flyer, Plakate, Rollup, Prospekte/Kataloge, Anzeigen.
- ✓ Darstellung in Webauftritten des Caritasverbandes für Bocholt, Isselburg und Rhede e.V. und seiner oben genannten Einrichtung.

Wir freuen uns, wenn Sie uns zusätzlich auch die Verwendung in social-media-Kanälen erlauben.

- Die Veröffentlichung in social media Präsenzen des Caritasverbandes für Bocholt, Isselburg und Rhede e.V. bzw. der oben genannten Einrichtung





Wir weisen darauf hin, dass mit der Veröffentlichung die Nutzungsrechte an das jeweilige Netzwerk abgetreten werden und nicht mehr dem Zugriff der Einrichtung/des Verbandes unterliegen.

Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der Personenabbildungen können auch die personenbezogenen Daten der Abgebildeten veröffentlicht bzw. öffentlich zugänglich gemacht werden (z.B. als Überschrift, Bildunterschrift oder Textportrait. Der Veröffentlichung von personenbezogenen Daten kann im Rahmen dieser Einwilligungserklärung ausdrücklich widersprochen werden (s. unten), ohne dass hiervon die Einwilligung in die Veröffentlichung der benannten Personenabbildungen beeinträchtigt wird.

Die Rechteinräumung erfolgt ohne Vergütung und umfasst das Recht zur Bearbeitung der Bilder, soweit diese nicht entstellend sind.

Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und gilt zeitlich und örtlich unbegrenzt, also auch über bestehende Vertragsverhältnisse hinaus. Sie kann jedoch durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Caritasverband für Bocholt, Isselburg und Rhede e.V. mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bereits im Umlauf befindliche Wiedergaben der Aufnahmen werden hiervon nicht betroffen. Ebenso wird das Recht zur weiteren Verbreitung, Verwendung und öffentlichen Zurschaustellung bereits angefertigter Druckerzeugnisse hiervon nicht betroffen (Artikel 7 Abs. 2 DSGVO). Der Widerruf meiner Einwilligung verpflichtet den Einwilligungsbegünstigten nicht zu Maßnahmen oder Aufwendung zur Verhinderung der weiteren Verbreitung oder öffentlichen Zurschaustellung durch Dritte.

Es entstehen keine Nachteile aus der Ablehnung des Einverständnisses oder einem etwaigen Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift Abgebildeter

In den Fällen, in denen eine rechtliche Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt eingerichtet ist, ist die Unterschrift der gesetzlichen Betreuung erforderlich, bei Minderjährigen unter 16 Jahren die Unterschrift der Sorgeberechtigten bzw. ggf. des Vormundes.

Datum, Name, Vorname des Sorgeberechtigten/rechtlichen Betreuers/Vormundes

Unterschrift

Möglichkeit zum Widerspruch der Veröffentlichung von personenbezogenen Daten

Ich widerspreche der Einwilligung zur Verwendung von personenbezogenen Daten an meiner Person. Das Bild/Video darf nur ohne Nennung meiner Daten verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Abgebildeter

In den Fällen, in denen eine rechtliche Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt eingerichtet ist, ist die Unterschrift der gesetzlichen Betreuung erforderlich, bei Minderjährigen unter 16 Jahren die Unterschrift der Sorgeberechtigten bzw. ggf. des Vormundes.

Datum, Name, Vorname des Sorgeberechtigten/rechtlichen Betreuers/Vormundes

Unterschrift

