

Frühe Hilfen
Fax 06831 / 444-600

Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 DSGVO

zum Antrag auf Unterstützung im Rahmen des Landesprogramms

Frühe Hilfen im Saarland:

Ich, _____

geboren am _____,

wohnhaft _____

- bin vorab über das Landesprogramm Frühe Hilfen informiert worden.
- willige ein, dass beiliegender Fragebogen in ausgefüllter Form an die Verantwortlichen der Koordinierungsstelle der Gesundheits- und Jugendhilfe meines Landkreises weitergegeben wird, damit mir weitere Möglichkeiten der Unterstützung angeboten werden können.
- bin darüber hinaus mit einer Rückmeldung der Koordinierungsstelle bezüglich der Vermittlung von Unterstützung an die für mich anfragende Stelle einverstanden.
- habe die Einwilligungs- und nachstehend aufgeführte Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige nach ausreichender Bedenkzeit in diese ein. Meine Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Widerruf ist an die verantwortliche Stelle zu richten.

Ort / Datum

Unterschrift

Datenschutzinformation – Frühe Hilfen

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. a, e der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 (DSGVO) i. V. m. dem Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) in der jeweils geltenden Fassung.

Die Daten werden benötigt, um entsprechende Unterstützungsangebote im Rahmen der Frühen Hilfen zu initiieren. Im Rahmen der Sachbearbeitung erfolgt eine Weitergabe der Daten an Dritte nur nach Rücksprache und mit Ihrem schriftlichen Einverständnis. Dies gilt nicht, wenn eine Gefahr für Leben und Gesundheit einer Person nur durch die Weitergabe der Informationen abgewendet werden kann und unverzüglich Maßnahmen des Jugendamtes, der Strafverfolgungsbehörden oder anderer staatlicher Stellen erforderlich sind. Der Landkreis Saarlouis wird Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung seiner Aufgaben erheben, speichern oder verarbeiten. Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Nach der DSGVO stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18, 21 DSGVO). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen ggf. ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO). Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Darüber hinaus steht Ihnen ein Beschwerderecht beim Unabhängigen Datenschutzzentrum Saarland zu. Wenn Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Landkreis Saarlouis durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Verantwortlicher:
Landkreis Saarlouis
Kaiser-Wilhelm-Straße 4-6
66740 Saarlouis
E-Mail: info@kreis-saarlouis.de
Tel.: 06831-444-0

Behördliche Datenschutzbeauftragte:
E-Mail: datenschutz@kreis-saarlouis.de
Tel.: 06831-444-649

Frühe Hilfen Landkreis Saarlouis
z.H. Beate Rehlinger
Fax 06831 / 444-600

Frühe Hilfen im Saarland

Meldende Stelle:

Institution/Praxis: _____ Ansprechpartner: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Datum / Unterschrift: _____

Name der Mutter: _____ Name des Vaters: _____

Geb. Datum: _____ Geb. Datum: _____

Aktuelle Adresse: _____

Tel./ Handy Nr.: _____

Soziale Situation:

Gesundheitlicher Zustand der Mutter:

Entbindungstermin: _____

Name des Kindes: _____ geb. _____

Angaben zum Kind:

Geschwisterkinder:

Hebamme / Nachsorgehebamme:

Name: _____ Tel.: _____

Kinderarzt:

Name: _____ Tel.: _____

- Rückmeldung der Koordinierungsstelle an oben genannte Fax-Nummer
wird erbeten.**