

## Antrag auf Anerkennung als Nachbarschaftshelfende

nach § 11 PflBetrVO

Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben leserlich aus. Alle mit \* markierten Felder müssen zwingend ausgefüllt werden.

Angaben zur Person	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	*Vorname, *Nachname
*Straße, Nr.	
*PLZ	*Wohnort
*Geburtsdatum	*Geburtsort
E-Mail	Telefon
*Qualifizierung	
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über einen pflegerischen, medizinischen oder sozial-/pädagogischen Beruf bzw. Weiterbildung (Nachweis beifügen). <b>Ohne Nachweis ist eine Befreiung von der Schulungspflicht nicht möglich!</b>	
<input type="checkbox"/> Ich melde mich für eine kostenfreie Qualifizierungsschulung an. <b>Zur Anmeldung nutzen Sie bitte das Buchungsportal auf unserer Website oder die angegebenen Kontaktdaten.</b>	
*Gesetzliche Pflichtvoraussetzungen	
Folgende gesetzliche Pflichtvoraussetzungen müssen erfüllt sein:	
<input type="checkbox"/> ich bin volljährig, <input type="checkbox"/> ich lebe nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dem Anspruchsberechtigten, <input type="checkbox"/> ich bin nicht Pflegeperson gemäß § 19 SGB XI des Anspruchsberechtigten, <input type="checkbox"/> ich bin nicht mit dem Anspruchsberechtigten bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert, <input type="checkbox"/> ich betreue nicht mehr als 2 Anspruchsberechtigte gleichzeitig bis insgesamt höchstens 30 Stunden im Kalendermonat.	

## Einwilligung

Ich willige der Registrierung meiner personengebundenen Daten laut oben genannter Landesverordnung für die Zwecke der Tätigkeit als Nachbarschaftshelfenden ein.

Ich stimme der Weiterleitung der Information über die Aufnahme meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfenden in einer Liste an alle Pflegekassen im Land Sachsen-Anhalt für das Abrechnungsverfahren zu.

Sofern Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass ich mich eines Verhaltens schuldig gemacht habe, wird meine Tätigkeit als Nachbarschaftshelfende durch Streichung in der Liste beendet.

Die Beendigung meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfende teile ich der Landeskoordinierungsstelle umgehend mit.

## Datenschutz

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben, sowie meine Zustimmungen.

Mir ist untersagt, medizinische und namentlich zum persönlichen Lebensbereich gehörende Geheimnisse Dritter unbefugt zu offenbaren (Verschwiegenheitspflicht).

Meine Tätigkeit berührt auch das Sozialgeheimnis. Sofern Daten verarbeitet werden, die dem Sozialgeheimnis unterliegen, habe ich diese im gleichen Umfang geheim zu halten wie der Sozialleistungsträger bzw. die ursprünglich übermittelnde Stelle.

Die Verpflichtung auf die Vertraulichkeit besteht auch nach der Beendigung meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfende fort.

Mir ist bekannt, dass Verstöße gegen die Datenschutzvorschriften ggf. mit Geldbuße, Geldstrafe oder Freiheitsstrafe geahndet werden können. Entsteht der betroffenen Person durch die unzulässige Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten ein materieller oder immaterieller Schaden, kann ein Schadenersatzanspruch entstehen. Ein Verstoß gegen die Vertraulichkeits- und Datenschutzvorschriften stellt auch einen Verstoß gegen vertragliche Pflichten dar, der ggf. eine Auflösung des Vertrags zur Folge haben kann.

Eine Kopie dieser Selbsterklärung verbleibt bei mir.

Die nachfolgenden Datenschutzhinweise nehme ich zur Kenntnis.

**\*Ort, \*Datum**

**\*Unterschrift des Nachbarschaftshelfenden**

Bitte senden Sie den Antrag im Original ausgefüllt und unterschrieben mit allen erforderlichen Nachweisen an folgende Anschrift:

Bürgerinitiative Stendal e.V.  
Carl-Hagenbeck-Str. 39  
39576 Stendal

oder an folgende Mailadresse: [anja.schulz@bisev.de](mailto:anja.schulz@bisev.de)

## Datenschutzhinweise

Ihre Daten werden von der Landeskoordinierungsstelle Nachbarschaftshilfe auf der Grundlage Ihrer Einwilligungserklärung verarbeitet. Die Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind § 67a Sozialgesetzbuch – 10. Buch – (SGB X) in Verbindung mit § 35 SGB I, § 67 Abs. 2 SGB X, § 94 SGB XI und § 21 SGB X für die Durchführung der Aufgaben gemäß § 45a SGB XI.

Ihre Daten werden im Rahmen der Registrierung nur zum Zweck der Abrechnung Ihrer Leistung als Nachbarschaftshelfenden an die jeweilige Pflegekasse weitergeleitet. Im Falle Ihrer Zustimmung werden Ihre Kontaktdaten für eine Vermittlung als Nachbarschaftshelfenden an die regionalen Servicepunkte weitergegeben.

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

Folgende Rechte haben Sie:

- **Recht auf Auskunft** über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- **Recht auf Berichtigung** unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- **Recht auf Löschung** (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung** (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- **Widerspruchsrecht** (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- **Recht auf Datenübertragbarkeit** (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Sachsen-Anhalt

Otto-von-Guericke-Straße 34a  
39104 Magdeburg

Telefon: 0391 81803-0  
Telefax: 0391 81803-33

E-Mail: [poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de)

Webseite: [www.datenschutz.sachsen-anhalt.de](http://www.datenschutz.sachsen-anhalt.de)