

# Datensatz Hilfeplanung Landkreis Rostock

1. Hilfeplan     Folgeplanung

Planung vom:  für den Zeitraum vom  bis

## 1. Sozialdaten

KlientIn

Name

Vorname

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

Herkunftsregion

Staatsangehörigkeit

Religion

Beruf

Krankenkasse/ Geschäftsstelle

Rentenversicherungsträger/ Nr.

Andere Sozialleistungsträger

nächste/r Angehörige/r (Bezugsperson)

Name

Vorname

Straße

Telefon

PLZ

Wohnort

**Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?**

nein

ja, und zwar:

gesetzlicher Betreuer

Bevollmächtigung

Beistände

Wenn ja:

Name

Vorname

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

E-Mail

**Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder Bevollmächtigten**

andere Bereiche:

Vermögenssorge

Gesundheitssorge

Aufenthaltsbestimmung

Vertretung geg. Behörden

Einwilligungsvorbehalt

befristet bis:

## 2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- und Unterstützungssituation

In den letzten sechs Monaten in Anspruch genommene Leistungen:

Gab es übergreifende Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Zielen, Vorgehen?

ja

nein

Wenn ja, folgende Dienste waren beteiligt:

**Vorrangige Behinderung:**

körperliche Behinderung

geistige Behinderung

seelische Behinderung

Suchterkrankung

noch kein medizinisches Gutachten

Die Abstimmung erfolgte

in Fall- / Hilfeplankonferenzen

im Rahmen einer Gesamtkonferenz des Sozialamtes

Häufigkeit der übergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

War eine koordinierende Stelle/ Person für die Hilfeplanung benannt?

ja, und zwar:

nein

3. Stichworte zur aktuellen Situation

4. Vereinbarte Ziele der Hilfen

in folgenden Lebensbereichen

(Bitte nummerieren Sie beim Ausfüllen die Ziele und beziehen sich auf der kommenden Seite auf diese Nummerierungen. Vielen Dank!)

<p><b>Persönliche Situation:</b></p> <input type="text"/> <p>Ressourcen/ Fähigkeiten:</p> <input type="text"/> <p>Beeinträchtigungen:</p> <input type="text"/>	<p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/>
<p><b>Selbstversorgung/ Wohnen:</b></p> <input type="text"/> <p>Ressourcen/ Fähigkeiten:</p> <input type="text"/> <p>Beeinträchtigungen:</p> <input type="text"/>	<p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/>
<p><b>Arbeit, Beschäftigung/ Tagesgestaltung:</b></p> <input type="text"/> <p>Ressourcen/ Fähigkeiten:</p> <input type="text"/> <p>Beeinträchtigungen:</p> <input type="text"/>	<p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/>
<p><b>Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Freizeit/ Interessen:</b></p> <input type="text"/> <p>Ressourcen/ Fähigkeiten:</p> <input type="text"/> <p>Beeinträchtigungen:</p> <input type="text"/>	<p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/> <p>Ziel:</p> <input type="text"/> <p>Zielwert:</p> <input type="text"/>

**5. Vorgehen/ Maßnahmen**

ausgehend von den Zielen in den folgenden Lebensbereichen

**6. Erbringung durch**

Beschreibung der aktivierbaren und zu aktivierenden Hilfen im Umfeld und der therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen (Angabe ob Einzelangebot oder Gruppenangebot)	Benennung der Einrichtungen, Dienste/ Mitarbeiter sowie sozialräumlichen Angebote (nichtpsychiatrische Hilfen)
<p><b>Persönliche Situation:</b></p> <div data-bbox="165 445 775 745" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>	<div data-bbox="820 445 1420 745" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>
<p><b>Selbstversorgung/ Wohnen:</b></p> <div data-bbox="165 819 775 1120" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>	<div data-bbox="820 819 1420 1120" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>
<p><b>Arbeit, Beschäftigung/ Tagesgestaltung:</b></p> <div data-bbox="165 1193 775 1494" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>	<div data-bbox="820 1193 1420 1494" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>
<p><b>Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Freizeit/ Interessen:</b></p> <div data-bbox="165 1568 775 1868" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>	<div data-bbox="820 1568 1420 1868" style="border: 1px solid black; height: 134px;"></div>

**7. Bisherige Erfahrungen mit Hilfen**

**8. Abweichende Sichtweisen in Bezug auf aktuelle Situation, Ziele, Bedarf und Hilfen beschreiben, Kompromissbildung skizzieren:**

**9. Federführend bei der Erstellung des Hilfeplans ist:**

Name	Vorname

Am Hilfeplan hat mitgewirkt:

**Die Erstellung des Hilfeplans und die Festlegung von Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:**

in Abstimmung mit KlientIn  
 ja                       nein

unter Einbezug der Angehörigen  
 ja                       nein

in Abstimmung mit gesetzlichem Betreuer  
 ja                       nein                       entfällt

**10. Weitere zur Hilfeplanung genutzte Bögen/ Instrumente/ Gutachten**

Bitte angeben:

Datum, Ersteller:

**11. Vereinbarung zur Koordinierung des Hilfeplans**

Koordinierende Bezugsperson:

Name	Telefon

Anschrift

Vertretung:

Name	Telefon

Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans verbindlich vereinbart:  ja     nein

Unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen:

Anschrift

**12. Unterschriften**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt des Informationsblattes nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).

Datum	KlientIn
	Koordinierende Bezugsperson

ggf. Bevollmächtigter, gesetzlicher Betreuer

**13. Schweigepflichtentbindung**

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der Hilfeplanung sowie zu deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten MitarbeiterInnen/ Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung des Hilfeplanes erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des Hilfeplans an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Personen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck abschließend bezeichnet werden.

Datum	KlientIn

ggf. Bevollmächtigter, gesetzlicher Betreuer

Einschätzung der Zielerreichung vom  bis

Im letzten Hilfeplan angegebene Ziele	Einschätzung der Zielerreichung
<p><b>Persönliche Situation:</b></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p>	<input type="text"/>
<p><b>Selbstversorgung/ Wohnen</b></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p>	<input type="text"/>
<p><b>Arbeit, Beschäftigung/ Tagesgestaltung</b></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p>	<input type="text"/>
<p><b>Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Freizeit/ Interessen</b></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p> <p>Ziel: <input type="text"/></p> <p>Zielwert: <input type="text"/></p>	<input type="text"/>

# Datensatz Hilfeplanung Landkreis Rostock

Name

Vorname

Zeitraum bis

**Zusatzblatt**

# Informationen

## nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung	Ansprechpartner
Landkreis Rostock Der Landrat Am Wall 3-5 18273 Güstrow www.landkreis-rostock.de	Sozialamt Amtsleiterbereich Geschäftsstelle Telefon: <b>03843/755 - 50999</b> E-Mail: <b>info@lkros.de</b>
Kontaktadressen des behördlichen Datenschutzbeauftragten	
Landkreis Rostock Datenschutzbeauftragter Am Wall 3-5, 18273 Güstrow	Telefon: 03843 / 755 - 30001 E-Mail: datenschutz@lkros.de

### Zweck der Datenverarbeitung:

- Bearbeitung von Verfahren der Sozialhilfe (SGB XII), des Landesblindengeldgesetzes M-V (LBIGG M-V), der Kriegsopferfürsorge (KOF), des Unterhaltssicherungsgesetzes (USG), des Pflegegeldgesetzes M-V (§ 9 LPflegeG M-V) sowie des beruflichen Rehabilitationsgesetzes (BerRehaG)

### Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

- Art. 6 Abs. 1 lit. c. DS-GVO i.V.m.
  - SGB XII, KOF: §§ 67a ff. SGB X
  - § 9 LPflegeG M-V: § 12 Abs. 4 S. 4 LPflegeG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X
  - LBIGG M-V: § 10 LBIGG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X
  - BerRehaG: § 19 BerRehaG i.V.m. §§ 1 ff. BDSG
  - USG: §§ 1 ff. BDSG

### Folgen bei Nichtbereitstellung der Daten durch die betroffene Person:

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, für einen Vertragsabschluss erforderlich oder die betroffene Person ist verpflichtet die personenbezogenen Daten zur Antragsbearbeitung bereitzustellen.

Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung bzw. Zurückhaltung von personenbezogenen Daten sind:

Die Bearbeitung ist nicht oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung möglich.

### Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:

- Leistungsempfänger/gesetzliche Vertreter/Bevollmächtigte, Unterhaltsverpflichtete/Erben, Sozialleistungsträger/Behörden/Gerichte, Leistungsanbieter, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Statistisches Landesamt M-V.

### Geplante Datenübermittlung in ein Drittland oder an eine internationale Organisation

nein  ja

Wenn ja, weitere Informationen gem. Art. 13 Abs. 1 lit. f) bzw. Art. 14 Abs. 1 lit. f) DS-GVO

### Speicherdauer der Daten, bzw. die Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer:

- Die Speicherdauer für die erhobenen Daten richtet sich unter Beachtung gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Aufbewahrungsfristen nach Art. 5 Abs. 1 lit. e DS-GVO i.V.m. § 76b SGB X bzw. §§ 1 ff. BDSG.

### Information zu Betroffenenrechten

Auf **Ihre Rechte** zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlagen hierfür sind die Art. 15 bis 21 DS-GVO.

Beruhet die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie haben das Recht Beschwerden beim Landesbeauftragten für Datenschutz zu erheben.

Postanschrift: Schloss Schwerin, Lennéstraße 1, 19053 Schwerin,

Tel.: 0385 / 59494-0 oder E-Mail: [info@datenschutz-mv.de](mailto:info@datenschutz-mv.de).