

## Antrag auf Anerkennung als Nachbarschaftshelfende/er

nach § 11 PflBetrVO

### Angaben zur Person

.....  
Name und Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
PLZ

.....  
Ort

.....  
Straße

.....  
Geburtsort

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Telefonnummer

### Qualifizierung

#### A

Ich habe eine Qualifizierungsschulung „Nachbarschaftshilfe“ mit einem Umfang von 8 Unterrichtsstunden (jeweils 45 Minuten) absolviert.

Ja, am .....

Kursanbieter war: .....

Nachweis über die absolvierte Schulung (Kopie der Teilnahmebescheinigung) im Anhang.

#### B

Ich habe eine alternative fachliche Qualifizierung absolviert.

Nachweis über eine alternative fachliche Qualifizierung ist beigefügt.

### Unterstützungsangebot

Freizeit gestalten:

vorlesen

Ausflüge unternehmen

Begleitung zu Verabredungen

spazieren gehen

sich unterhalten

gemeinsame Gartenarbeit

gemeinsam kochen/backen

Einkäufe erledigen

Hilfe bei der Haushaltsführung

Begleitung zu Ärzten

Begleitung zu Behörden

Unterstützung bei der Nutzung eines Smartphones/Tablets

Sonstiges: .....

### Voraussetzungen

Ich erkläre darüber hinaus, dass ich folgende Voraussetzungen für die Anerkennung als Nachbarschaftshelfende/er gemäß der Pflege-Betreuungs-Verordnung (PflBetrVO) Sachsen-Anhalt während meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfende/er einhalte:

ich bin volljährig

ich lebe nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dem Anspruchsberechtigten,

ich bin nicht Pflegeperson gemäß § 19 SGB XI des Anspruchsberechtigten,

- ich bin nicht mit dem Anspruchsberechtigten bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert,
- ich aktualisiere mein Wissen und meine Kenntnisse regelmäßig im Abstand von 3 Jahren ohne besondere Aufforderung der Landeskoordinierungsstelle durch Teilnahme an einem anerkannten Aufbaukurs (6 Unterrichtsstunden mit jeweils 45 Minuten) vor Ablauf der Dreijahresfrist oder im Rahmen einer von der Landeskoordinierungsstelle anerkannten Tätigkeit,
- ich betreue nicht mehr als 2 Anspruchsberechtigte gleichzeitig bis insgesamt höchstens 30 Stunden im Kalendermonat.

### Einwilligung

Um den Entlastungsbetrag abrechnen zu können, ist eine Registrierung bei der Pflegeversicherung notwendig.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die dafür notwendige Weiterleitung meiner personengebundenen Daten lt. o.g. Landesverordnung für die Zwecke der Tätigkeit als Nachbarschaftshelfende/er ein.

Mit meiner Unterschrift erlaube ich die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den für mich zuständigen Servicepunkt in Sachsen-Anhalt.

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

Die Beendigung meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfende/er 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

## 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 Nachbarschaftshelfende/er an die jeweilige Pflegekasse weitergeleitet. Im Falle Ihrer Zustimmung werden Ihre Kontaktdaten für eine Vermittlung als Nachbarschaftshelfende/er 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 Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Sachsen-Anhalt  
Leiterstraße 9  
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)

**Bitte senden Sie das Original der Selbsterklärung ausgefüllt und unterschrieben mit allen erforderlichen Nachweisen an folgende Anschrift:**

Kreisbehindertenverband Eisleben e.V.  
Kleine Landwehr 6  
06295 Lutherstadt Eisleben

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