**E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g**

**I. Wichtige Hinweise zum Verfahren und Datenschutz**

Grundlage für die KiBiz-Förderung an die Tagespflegeperson ist u.a., dass aufgrund der eingereichten Unterlagen hier eine Entscheidung über die Zuordnung Ihres Kindes zu dem Personenkreis der §§ 53 ff SGB XII getroffen werden kann. Diese Zuordnung ist möglich für Kinder, die wesentlich behindert oder von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Zur Beurteilung, ob Ihr Kind zu dem Personenkreis der §§ 53 ff SGB XII gehört, ist eine ärztliche Stellungnahme erforderlich. Die Tagespflegeperson kann Ihnen einen entsprechenden Vordruck, der vom behandelnden Arzt/Facharzt Ihres Kindes ausgefüllt und unterschrieben wird, aushändigen.

Ich weise darauf hin, dass nach Abschluss der Prüfung alle vorliegenden Unterlagen des Kindes nach den Bestimmungen der Landeshaushaltsordnung sowie des Haushaltsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen über einen Zeitraum von 10 Jahren nach Abschluss der Maßnahme aufbewahrt werden müssen. Für diese Angaben ist nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes NW (§ 4 DSG NW) Ihre schriftliche Einwilligung unerlässlich.

Sie sind allerdings nicht verpflichtet, Ihre Einwilligung zu geben. Dies hat jedoch zur Folge, dass über den Antrag der Tagespflegeperson zur Prüfung, ob Ihr Kind als wesentlich behindert oder als drohend wesentlich behindert anerkannt werden kann, nicht entschieden werden kann.

**II. Einverständniserklärung**

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die im Antrag und in der ärztlichen Stellungnahme geforderten persönlichen Angaben meines/unseres Kindes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ von der Tagespflegeperson

über das örtliche Jugendamt an das LWL-Landesjugendamt übermittelt werden.

Ich/Wir bin/sind über die rechtlichen Grundlagen sowie Zweck und Verwendung der erhobenen Daten informiert worden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten

**Az.: 50 0304 90\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Name und Anschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

der Tagespflege-

stelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die Unterzeichnerin/der Unterzeichner bestätigt, dass die o.g. unterzeichnende**

**Person identisch ist mit der Person, die bei Ihnen das Kind betreuen lassen**

**möchte. Es liegen keine weiteren Erkenntnisse vor, dass das Sorgerecht**

**bezogen auf das Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nicht mehr**

**bei der Person liegt.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Tagespflegeperson