

**Einverständniserklärung für die Veröffentlichung der Daten als
Nachbarschaftshelfer im Internetportal „PflegeNetz Sachsen“ und zur Aufnahme in die
regionale Vergleichsliste gemäß SGB XI**

- Nur zur Verwendung für Nachbarschaftshelferinnen und Nachbarschaftshelfer -

Diese Einverständniserklärung ist auszufüllen, wenn die Veröffentlichung der angegebenen Daten im Internetportal „PflegeNetz Sachsen“ - www.pflegenetz-sachsen.de - gewünscht wird. Diese Datenbank wird unter anderen von Pflegebedürftigen bzw. Pflegepersonen genutzt, um eine Nachbarschaftshelferin bzw. einen Nachbarschaftshelfer zur Unterstützung zu finden.

Bei der Veröffentlichung im Internetportal „PflegeNetz Sachsen“ werden der Name, Vorname, die Postleitzahl und der Ort sowie die Telefonnummer und E-Mail-Adresse angezeigt. Damit kann der Unterstützungssuchende anhand der Postleitzahl und Ort eine regionale Hilfe finden.

Sie können nur als Nachbarschaftshelferin bzw. Nachbarschaftshelfer im „PflegeNetz Sachsen“ veröffentlicht werden, wenn alle folgenden Daten angegeben werden.

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

Telefon: _____
E-Mail: _____
Homepage (fakultativ): _____

Eine Veröffentlichung Ihrer Wohnanschrift (Straße und Hausnummer) erfolgt im „PflegeNetz Sachsen“ nicht.

Angebotsumfang

Entlastungsleistungen
(Betreuung/Beaufsichtigung/haushaltnahe Dienstleistungen) _____ EUR pro Stunde

Angebot gültig ab

Einwilligungserklärung

- Ich stimme der Veröffentlichung gem. § 11 Abs. 4 Sächsische Pflegeunterstützungsverordnung (SächsPflUVO) der zuvor benannten Daten auf der Internetseite „PflegeNetz Sachsen“ des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie der Aufnahme in die für das SMSV durch die Landesverbände der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zu erstellende einheitliche Vergleichsliste auf Grundlage des § 7 Abs. 3 SGB XI zu.

Hinweis zum Datenschutz:

Gemäß § 11 Abs. 4 SächsPflUVO nehmen die Landesverbände der Pflegekassen im Freistaat Sachsen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. die von deren Mitgliedern als anerkannt angesehenen Nachbarschaftshelfer in die nach § 11 Abs. 3 Satz 2 und 3 SächsPflUVO zu erstellende regionale Vergleichsliste auf. Die Aufnahme in die regionale Vergleichsliste kann nur erfolgen, wenn der Nachbarschaftshelfer seiner zuständigen Pflegekasse hierzu seine Einwilligung erteilt hat. Die Einwilligung ist freiwillig. Diese Erklärung können Sie verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber Ihrer zuständigen Pflegekasse wahrnehmen.

Bitte reichen Sie dieses Formular bei Ihrer Pflegekasse ein.

Datum

Unterschrift