

Erklärung zur Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen für ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe

gemäß Landesverordnung über Angebote zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen (Unterstützungsangebotelandesverordnung – UntAngLVO M-V)

Name

Vorname

Telefonnummer

Anschrift

E-Mail-Adresse

Ich möchte die Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer/in aufnehmen und erkläre hiermit:

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

ja, am.....

Kursanbieter war:

Ich habe eine Beratung durch den Pflegestützpunkt erhalten:.....

ja, am.....

nein

Die Sammel- und Verteilungsstellen IK (SVI) hat mir folgendes IK mitgeteilt:

Institutionskennzeichen (IK):.....

Mein derzeitiges Unterstützungsangebot umfasst:

- ☐ Begleitung zu Arzt- und Behördenbesuchen, bei Spaziergängen
- ☐ Einkaufs- und Hauswirtschaftshilfen, Hilfen im Außenbereich
- ☐ Kommunikation, Vorlesen
- Anregung und Unterstützung bei den Hobbys und sozialen Kontakten

Ich erkläre darüber hinaus, dass ich folgende Voraussetzungen für die Anerkennung als Nachbarschaftshelfer/in gemäß der Unterstützungsangebotelandesverordnung M-V während meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer/in einhalte:

- ich bin volljährig
- ich wohne in enger Nachbarschaft zum Pflegebedürftigen
- 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 2 Jahren ohne besondere Aufforderung der Pflegekasse durch Teilnahme an einem von den Pflegekassen anerkannten Aufbaukurs (6 Unterrichtsstunden mit jeweils 45 Minuten) vor Ablauf der Zweijahresfrist oder im Rahmen einer von den Pflegekassen anerkannten Tätigkeit,
- ich betreue nicht mehr als 2 Anspruchsberechtigte gleichzeitig bis insgesamt höchstens 25 Stunden im Kalendermonat,
- die Aufwandsentschädigungen je Einsatzstunde übersteigen nicht 8,00 Euro.

Ich willige der Registrierung meiner personengebundenen Daten lt. o.g. Landesverordnung für die Zwecke der Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer/in ein.

Ich stimme der Weiterleitung der Information über die Aufnahme meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer/in in einer Liste an alle Pflegekassen im Land M-V für das Abrechnungsverfahren zu.

Ich stimme der Weitergabe meiner Kontaktdaten für die Weitervermittlung zu:

ja nein

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

Die Beendigung meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelfer/in teile ich der AOK Nordost umgehend mit.

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 Nachbarschaftshelfer/in 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

Datenschutzhinweise

Ihre Daten werden von der AOK Nordost in Federführung für den Landesverband der Pflegekassen Mecklenburg-Vorpommerns und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (LVdPK M-V)) 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 sowie Landesdatenschutzgesetz Mecklenburg-Vorpommern (insbesondere §§ 3 und 7 DSG-M-V) für die Durchführung der Aufgaben der LVdPK M-V gemäß § 45a SGB XI.

Ihre Daten werden im Rahmen der Registrierung nur zum Zweck der Abrechnung Ihrer Leistung als Nachbarschaftshelfer/in an die LVdPK M-V weitergeleitet. Im Falle Ihrer Zustimmung werden Ihre Kontaktdaten für eine Vermittlung als Nachbarschaftshelfer/in an die regionalen Pflegestützpunkte 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 Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 74a

19055 Schwerin

Telefon: +49 385 59494 0

Telefax: +49 385 59494 58

E-Mail: info@datenschutz-mv.de

Webseite: www.datenschutz-mv.de; www.informationsfreiheit-mv.de

Bitte reichen Sie das Original der Selbsterklärung ausgefüllt und unterschrieben in Ihrem Pflegestützpunkt persönlich, per Post oder per Email ein.

Der Pflegestützpunkt leitet Ihre Selbsterklärung an die zuständige Stelle:

Pflegekasse der AOK Nordost.

Die Gesundheitskasse

Pflege-Verträge

ST/6/0/2 in Rostock

14456 Potsdam

oder an folgende Mailadresse mit verschlüsseltem Versand **Nachbarschaftshilfe_MV@nordost.aok.de**