

**Veröffentlichung und Weitergabe von Daten zur Bereitstellung in der Datenbank
„PflegeNetz Sachsen“ und Aufnahme in die regionale Vergleichsliste gemäß SGB XI**

- Nur zur Verwendung für Nachbarschaftshelfer -

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

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

Angebotsumfang

(Preis nur ausfüllen, sofern diese Leistung angeboten wird)

1. Betreuung/Beaufsichtigung
- a) als Einzelangebot _____ € pro Stunde
- b) als Gruppenangebot _____ € pro Stunde
2. Entlastung
- c) Haushaltsnahe Dienstleistungen _____ € pro Stunde
- d) Sonstiges: _____ € pro Stunde

Angebot gültig ab

Einwilligungserklärung

Ich stimme der Veröffentlichung (§ 4 Abs. 2, § 7 Abs. 2 BetrAngVO) der zuvor benannten Daten auf der Internetseite „PflegeNetz Sachsen“ des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMSV) 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 § 4 Abs. 3 i. V. m. § 7 Abs. 4 der Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten (BetrAngVO) 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 § 4 Abs. 3 Satz 2 und 3 (BetrAngVO) 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/Stempel