

Sprechstunde des Behindertenbeirat Lampertheim ♥ Herzlich willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie da sind. Gemeinsam schauen wir, wie wir Ihnen helfen können.

Bitte füllen Sie dieses Blatt aus. Wenn Sie Hilfe brauchen, sprechen Sie uns einfach an.

Hinweis

Der Behindertenbeirat Lampertheim berät ehrenamtlich und bietet keine Rechtsberatung an. Für manche Anliegen benötigen wir die Unterstützung zuständiger Behörden, Beratungsstellen oder anderer Institutionen. Daher kann eine abschließende Rückmeldung gegebenenfalls etwas Zeit in Anspruch nehmen.

Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten

Wir dürfen Ihre persönlichen Daten und vorgelegten Unterlagen für die Bearbeitung Ihres Anliegens speichern und verwenden. Die Daten werden vertraulich behandelt und nur für diesen Zweck verwendet. Soweit Ihre Angaben Informationen über Ihren Gesundheitszustand oder eine Behinderung enthalten, umfasst die Einwilligung ausdrücklich auch die Verarbeitung dieser besonderen personenbezogenen Daten. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten entnehmen Sie dem beigefügten Datenschutzinformationen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten einschließlich der von mir angegeben Gesundheitsdaten verarbeitet werden.

Datum, Unterschrift

Einwilligung zur Kontaktaufnahme und Datenübermittlung an Dritte

Wir dürfen Kontakt mit Behörden, Beratungsstellen oder anderen zuständigen Stellen aufnehmen und erforderliche Daten und Informationen austauschen sofern dies für die Bearbeitung Ihres Anliegens nötig ist. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

☐ Ich bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift

Ihre Daten

Vorname, Name

Telefon (freiwillig)

E-Mail (freiwillig)

Adresse (freiwillig)

Begleitperson

Sind Sie heute mit einer Begleitperson hier?

☐ Nein

☐ Ja

Name der Begleitperson (freiwillig)

Wobei können wir Ihnen helfen?

- ☐ Schwerbehindertenausweis ☐ Pflegegrad ☐ Barrierefreiheit ☐ Wohnen ☐ Arbeit
☐ Mobilität ☐ Hilfsmittel ☐ Leistungen und Anträge ☐ Umgang mit Behörden ☐ Sonstiges

Erzählen Sie uns kurz, worum es geht.

Was trifft auf Sie zu? (freiwillig)

Schwerbehindertenausweis ☐ Ja ☐ Nein ☐ Antrag läuft

Grad der Behinderung (GdB), falls bekannt: _____

Merkzeichen (falls vorhanden):

☐ G ☐ aG ☐ H ☐ B ☐ BI ☐ GI ☐ TBI ☐ RF ☐ 1. Kl.

Pflegegrad (freiwillig)

- ☐ Kein Pflegegrad ☐ Antrag gestellt ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2
☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5

Dürfen wir Sie später kontaktieren?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: ☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Brief