

**Bitte senden an:**

**Landesamt für soziale Dienste, Steinmetzstraße 1-11, 24534 Neumünster**

**Erklärung zur Erfüllung der Registrierungsvoraussetzungen  
für die Nachbarschaftshilfe**

gemäß Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (Alltagsförderungsverordnung – AföVO)

Vorname Name \*: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \*: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \*: \_\_\_\_\_

Kreis/kreisfreie Stadt \*: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \*: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

**Ich möchte die Tätigkeit als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer aufnehmen und erkläre hiermit, dass ich**

- volljährig bin,
- nicht in häuslicher Gemeinschaft mit der pflegebedürftigen Person lebe,
- nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert bin,
- keine Tätigkeit als Pflegeperson im Sinne des § 19 SGB XI bei der pflegebedürftigen Person ausübe,
- maximal 30 Stunden je Kalendermonat pflegebedürftige Personen unterstütze,
- für meine Unterstützungsleistung lediglich eine Aufwandsentschädigung von höchstens 8,00 € je Stunde erhalte,
- angemessen gegen Schäden versichert bin, die ich im Rahmen der Unterstützung verursachen kann,
- entsprechend § 12 Absatz 2 AföVO qualifiziert bin:
  - Ich habe einen Kurs zur Nachbarschaftshilfe mit einem Umfang von mindestens acht Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten absolviert.\*\*
  - Ich bin zu einem Kurs zur Nachbarschaftshilfe mit einem Umfang von mindestens acht Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten angemeldet. Spätestens sechs Monate nach Aufnahme der Tätigkeit weise ich den erfolgreichen Abschluss des Kurses nach.\*\*
  - Ich verfüge über gleichwertige Erfahrungen und Kenntnisse in der Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Personen aufgrund beruflicher Qualifikation oder ehrenamtlicher Tätigkeit.\*\*

\*Pflichtangabe    \*\*Nachweis ist der Erklärung beizufügen

**Ich biete Unterstützung in folgenden Bereichen an:**

- Hilfe im Haushalt  Hilfe im Garten  
 Freizeitgestaltung  Begleitung (Einkauf/Termine o.ä.)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich willige in die Registrierung meiner personenbezogenen Daten gemäß der Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (Alltagsförderungsverordnung - AföVO) für die Zwecke der Tätigkeit als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer ein.

Ich stimme der Weiterleitung der Information über die Aufnahme meine Registrierung als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer an die jeweilige Pflegekasse der pflegebedürftigen Person, die die Kosten gemäß § 45b SGB XI erstattet, ein.

Ich willige in die Weitergabe meiner Kontaktdaten für die Koordinierung im Sinne des § 12 Absatz 8 AföVO ein, z. B. an die Pflegestützpunkte oder einen Pflegebedürftigen, der eine/n Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer sucht:

- ja  nein

Sofern die Voraussetzungen für die Registrierung nicht vorgelegen haben oder weggefallen sind, kann meine Registrierung als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer unverzüglich aufgehoben werden. Die Beendigung meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer teile ich dem Landesamt für soziale Dienste SH 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, die mir im Rahmen meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer offenbart werden, Dritten unbefugt zu offenbaren (**Verschwiegenheitspflicht**).

Meine Tätigkeit berührt somit 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 zur Verschwiegenheit besteht auch über die Beendigung meiner Tätigkeit als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer hinaus.

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 Schadensersatzanspruch entstehen.

Die nachfolgenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## **Datenschutzhinweise**

Ihre Daten werden vom Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein (LAsD SH) auf der Grundlage Ihrer Einwilligungserklärung verarbeitet. Die Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind § 67a SGB X in Verbindung mit § 35 SGB I, § 67 Abs. 2 SGB X, § 94 SGB XI und § 21 SGB X sowie dem Landesdatenschutzgesetz Schleswig-Holstein (insbesondere § 3 LDSG) für die Durchführung der Aufgaben des LAsD SH gemäß § 45a SGB XI.

Ihre Daten werden auf Anfrage im Rahmen der Registrierung nur zum Zweck der Abrechnung Ihrer Leistung als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer an die Pflegekassen weitergeleitet. Im Falle Ihrer Zustimmung werden Ihre Kontaktdaten für eine Vermittlung als Nachbarschaftshelferin / Nachbarschaftshelfer 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:

ULD – Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein

Holstenstraße 98

24103 Kiel

Telefon: 0431 / 988-1200

Fax: 0431 / 988-1223

E-Mail: [mail@datenschutzzentrum.de](mailto:mail@datenschutzzentrum.de)

Website: [www.datenschutzzentrum.de](http://www.datenschutzzentrum.de)

Bitte senden Sie das Original der Selbsterklärung ausgefüllt und unterschrieben an folgende Anschrift:

**Landesamt für soziale Dienste SH**

**Nachbarschaftshilfe**

**Steinmetzstraße 1-11**

**24534 Neumünster**