

**Anfrage zur Unterstützung durch eine Teilhabeassistenz**

**Kind/Jugendliche(r) mit Unterstützungsbedarf**

Vor- und Nachname: ..... Geschlecht: .....

Adresse des Kindes/Jugendlichen:  
.....

Geburtsdatum: ..... Sprache des Kindes (z. B. Deutsch, Arabisch) .....

besuchte Schule: ..... Klassenstufe: .....

Diagnose (**freiwillige** Angabe): .....

Unterstützungsbedarf:.....

Pflege/ Wickeln?.....

Sonstiges (z.B. Wünsche an die Teilhabeassistenz):  
.....

Wann soll die Teilhabeassistenz beginnen? ..... in welchem Umfang:.....Std/ Wo

**Kostenübernahme**

Kostenzusage:      Ja            Nein            Antrag gestellt      unbekannt

Falls Sie bereits mit dem Sozialrathaus im Kontakt sind, geben Sie bitte an:

SGB VIII      SGB IX - Fachkraft/ Nicht-Fachkraft?      unbekannt

Sozialrathaus:..... Sachbearbeiter\*in:.....

Tel./ E-Mail:.....@stadt-frankfurt.de

**Bei Anfragen von Eltern: personensorgeberechtigte Person/en:**

Herr/Frau .....Tel-Nr. ....

weitere Person mit Sorgerecht: Herr/Frau .....Tel-Nr. ....

Wenn Sie möchten, dass der Fachdienst für Inklusive Pädagogik (FIP) per E-Mail mit Ihnen zur Bearbeitung der Anfrage Kontakt aufnimmt, können Sie hier Ihre E-Mail-Adresse angeben:

.....

Bemerkungen:.....

.....

- **Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit den Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten (auf der folgenden Seite dieses Dokuments) einverstanden sind.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der anfragenden personensorgeberechtigten Person

## **Anfrage zur Unterstützung durch eine Teilhabeassistentenz**

### **Information zum Umgang mit den personenbezogenen Daten**

Der Fachdienst für Inklusive Pädagogik (im Folgenden „FIP“ genannt) verarbeitet die personenbezogenen Daten, die in diesem Dokument erhoben werden, zunächst nur, um Kontakt mit den Sorgeberechtigten aufzunehmen und gegebenenfalls die Anfrage in einer Warteliste aufzunehmen. FIP führt eine Warteliste, wenn nicht alle Anfragen unmittelbar durch die FIP-Teilhabeassistent\*innen bedient werden können. Sobald ein Kind/Jugendlicher durch FIP unterstützt werden kann, setzt sich FIP mit der anfragenden sorgeberechtigten Person in Verbindung. Die Rechtsgrundlage für die zuvor genannten Zwecke sind Art. 6 Abs. 1 Lit. b) u. f) DSGVO (Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen sowie berechtigte Interessen von FIP).

Wird ein/e FIP-Teilhabeassistent/in für das Kind/ den Jugendlichen tätig, legt FIP eine sog. Klient\*innenakte an und die Anfragedaten werden dort aufgenommen.

Ihre Anfrage verbleibt in der FIP-Warteliste, bis die zu unterstützende Person das 18. Lebensjahr vollendet hat, oder der/ die anfragende Sorgeberechtigte FIP mitteilt, dass kein Unterstützungsbedarf mehr besteht. In diesen Fällen wird die Anfrage vernichtet bzw. die Daten werden gelöscht.

Die Daten werden an keine anderen Stellen weitergegeben, es sei denn, Sie haben ausdrücklich schriftlich dazu eingewilligt.

Jede/r Personensorgeberechtigte hat das Recht, jederzeit Auskunft über die personenbezogenen Daten zu erhalten und die Berichtigung dieser Daten zu verlangen. Des Weiteren kann die anfragende personensorgeberechtigte Person der Verarbeitung der Daten widersprechen, oder eine Löschung verlangen. Im Fall eines Widerspruchs, oder wenn das Recht auf Datenlöschung geltend gemacht wird, wird FIP die Anfrage umgehend löschen; eine Unterstützung ist dann nicht mehr möglich.

Sollten Sie Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Widerspruch geltend machen wollen, wenden Sie sich bitte an die oben genannte E-Mail-Adresse oder Telefonnummer.

Die Datenschutzbeauftragte der Lebenshilfe Frankfurt Ambulante Dienste gGmbH erreichen Sie per E-Mail unter [datenschutz@lebenshilfe-ffm.de](mailto:datenschutz@lebenshilfe-ffm.de). Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren.

*Hinweis: Diese Seite muss nicht unterschrieben werden*