



Bewerberpaket

Herzlich Willkommen !

Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich in der ATW Aufnahmeverfahren

1) Informations- bzw. Bewerbergespräch

In einem Infogespräch können Sie die Werkstatt kennen lernen und haben die Möglichkeit zum Austausch mit uns. Wir sprechen über den Ablauf der Maßnahme in unserem Haus und, wenn Sie möchten, über Ihre Wünsche und Vorstellungen. Gerne führen wir Sie durch unseren Berufsbildungs- und Arbeitsbereich. Es besteht auch die Möglichkeit, zwei Tage unverbindlich bei uns zu hospitieren.

2) Bewerberpaket

Wenn Sie möchten, können Sie den im Bewerberpaket enthaltenen „Personalbogen“ schon einmal in Ruhe - gerne auch mit einer vertrauten Person - ausfüllen und diesen zum Info-Gespräch mitbringen.

Das im Bewerberpaket enthaltene „Formblatt "Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme bzw. Beschäftigung in einer WfbM" legen Sie bitte Ihrem Psychiater/Neurologen vor, wenn Sie in der ATW beginnen möchten. Für eine Aufnahme benötigen wir eine Bescheinigung, dass auch Ihr behandelnder Arzt eine Aufnahme in die ATW befürwortet.

3) Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Für eine Maßnahme im Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich der ATW müssen Sie bei Ihrem zuständigen Kostenträger einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen. Wenn Sie bereits Erwerbsminderungsrente beziehen, stellen Sie den Antrag bei Ihrer zuständigen Rentenversicherung.

Bei Personen, die keine Erwerbsminderungsrente beziehen, muss der Kostenträger anhand des Versicherungsverlaufes individuell geklärt werden. In der Regel sind Agentur für Arbeit oder Rentenversicherung zuständig. Wenn Sie nicht wissen, wer für Sie zuständig ist, können Sie sich bei der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation in Mannheim informieren.

4) Teilhabeplan

Um Sie aufzunehmen zu können, brauchen wir neben der Kostenübernahme/Anmeldung einen individuellen Teilhabeplan. Hierüber informiert Sie Ihr zuständiger Kostenträger.

5) Anfangstermin

Der Anfangstermin wird Ihnen schriftlich mitgeteilt, wenn alle benötigten Unterlagen vorliegen.

Ansprechpartnerin

Sarah Burgardt
Sozialdienst
Tel.: 0621/17291-039
PC-Fax-Nr.:
Email: s.burgardt@atwmannheim.de

**Das Bewerberpaket steht auch auf unserer Homepage zum Download bereit.
www.atwmannheim.de**

Von ATW auszufüllen:

Personalnummer:			
Aufnahmedatum:			
<input type="checkbox"/> Neuaufnahme <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme <input type="checkbox"/> Wechsel			



Name, Vorname:			
Geburtsname:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
E-Mailadresse:			
Geburtsdatum:			Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Außerhalb Deutschlands: Bitte Passkopie mit Aufenthaltserlaubnis beifügen.		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Kinder:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl: _____ <i>(Bitte Kopien aller Geburtsurkunden beifügen.)</i>
Krankenkasse:			
Krankenversichertennr.:			
Sozialversicherungsnr.:			
Steuerident.-Nummer:			
Steuerklasse:	Kinderfreibetrag:		
Deutschlandticket:	<input type="checkbox"/> ja (ich benötige eins)		<input type="checkbox"/> ja (ich habe eins) <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen:	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <i>(Wenn ja bitte VD 417; im AB 419, 420 ausfüllen.)</i>

Schwerbehinderten-Ausweis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja GdB _____ % <input type="checkbox"/> mit Wertmarke (Bitte Kopie beifügen.)
Bankverbindung:	IBAN:	
	BIC:	
	Kontoinhaber:	
Erwerbsminderungsrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der 1. Seite abgeben)
Sonstiges Einkommen:	<input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Bürgergeld <input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> _____
Höchster Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
Höchste Ausbildung:	<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister / Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom / Magister / Master /Staatsexamen <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
Gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Bestellurkunde beifügen.)
Für die Bereiche:	<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Versicherungen <input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger <input type="checkbox"/> Rentenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Post/ Empfang Lohnabrechnungen <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt
Name der gesetzlichen Betreuung:		
Adresse:		
Kontaktdaten:		

Sozialhilfeträger - Welcher Verwaltungskreis ist für Sie zuständig?

Ausschlaggebend ist Ihr aktueller Wohnsitz. Wenn Sie bereits Leistungen der Eingliederungshilfe an einem anderen Wohnort erhalten haben (z.B. Besondere Wohnform, Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum) oder Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Grundsicherung), geben Sie bitte den zuständigen Sozialleistungsträger / Verwaltungskreis des letzten Wohnortes an.

 Stadt Mannheim Stadt Heidelberg Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis Landratsamt Neckar-Odenwald-Kreis Landeswohlfahrtsverband Hessen Sonstiger: _____

Wohnform / Betreuung:

 eigene Wohnung mit Eltern/ Familie/ Partner*in/ Wohngemeinschaft Besondere Wohnform (Träger _____) AWS (Träger _____) Sozialpsychiatrischer Dienst

Ansprechpartner*in:

Kontaktdaten:

Ihre Interessen, Erwartungen und Wünsche...

Welche Hobbys und Interessen haben Sie?

Was erwarten Sie von der ATW?

Welche Arbeit/ Tätigkeiten wünschen Sie sich in der ATW?

Was wollen Sie in der ATW lernen?	<hr/> <hr/> <hr/>
Welche Beschäftigungs- und/oder Berufswünsche haben Sie momentan und eventuell für die Zukunft?	<hr/> <hr/> <hr/>

Schulische und Berufliche Situation	
Welche Schule(n) haben Sie besucht?	<hr/> <hr/> <hr/>
Welche Berufsausbildung haben Sie begonnen oder abgeschlossen?	<hr/> <hr/> <hr/>
Welche berufsvorbereitenden oder berufsbildenden Maßnahmen haben Sie bereits besucht?	<hr/> <hr/> <hr/>
Welche beruflichen Erfahrungen bringen Sie bereits mit?	<hr/> <hr/> <hr/>

Gesundheitliche Situation	
Wann haben Sie sich zum ersten Mal psychisch krank gefühlt?	
Welche psychiatrischen und somatischen Diagnosen wurden bei Ihnen gestellt?	
Wie äußert sich Ihre Erkrankung derzeit?	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	
Was sollten wir am Arbeitsplatz in Bezug auf Ihre gesundheitliche Situation beachten? (förderliche und hinderliche Faktoren)	

<p>Kreuzen Sie folgende Aussagen an, die für Sie zutreffen, wenn sich Ihre psychische Verfassung verschlechtert. (Frühwarnzeichen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Anspannung, Unruhe, Nervosität <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug <input type="checkbox"/> Impulsives Verhalten <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Gesteigerter Redebedarf <input type="checkbox"/> Selbstgespräche <input type="checkbox"/> Gehobene Stimmung <input type="checkbox"/> Misstrauen <input type="checkbox"/> Veränderte Gedanken (z.B. Wahngedanken, Stimmen hören) <input type="checkbox"/> Appetitveränderungen <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit / Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> Suizidgedanken <input type="checkbox"/> Konsumverhalten: _____ <input type="checkbox"/> Körperliche Beschwerden: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>
<p>Im Falle einer Krise oder eines Notfalls tut mir folgendes gut:</p>	<p>_____ _____ _____</p>
<p>Im Fall einer Krise oder eines Notfalls sollte Folgendes berücksichtigt werden:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich habe eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV): _____ <input type="checkbox"/> Ich nehme Blutverdünner. <input type="checkbox"/> Ich habe insulinpflichtiges Diabetes. <input type="checkbox"/> Ich habe Epilepsie. <input type="checkbox"/> Ich habe folgendes Bedarfsmedikament: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe folgende Allergie(n): _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>
<p>Im Falle einer Krise oder eines Notfalls möchte ich, dass folgende Personen informiert werden.</p>	<p><input type="checkbox"/> Gesetzliche*r Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bezugsbetreuer*in Wohnen <input type="checkbox"/> Psychiater*in / Neurolog*in <input type="checkbox"/> Hausärzt*in <input type="checkbox"/> Psycholog*in / Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Ansprechpartner*in <input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p>

Kontaktpersonen

Hausärzt*in <input type="checkbox"/> Notfallkontakt	Name: _____ Anschrift: _____ Telefonnummer: _____
Psychiater*in/ Neurolog*in <input type="checkbox"/> Notfallkontakt	Name: _____ Anschrift: _____ Telefonnummer: _____
Psycholog*in/ Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Notfallkontakt	Name: _____ Anschrift: _____ Telefonnummer: _____
Weitere wichtige Ansprechpartner*in <input type="checkbox"/> Notfallkontakt	Name: _____ Bezug/Funktion: _____ Anschrift: _____ Telefonnummer: _____
Weitere wichtige Ansprechpartner*in <input type="checkbox"/> Notfallkontakt	Name: _____ Bezug/Funktion: _____ Anschrift: _____ Telefonnummer: _____

Datum: _____**Unterschrift:** _____

Entbindung von der Schweigepflicht mit

Information zur Erhebung personenbezogener Daten Art. 13 DSGVO

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Behandelnder Facharzt: _____

Anschrift _____

Therapeut: _____

Anschrift _____

Leistungsträger Agentur für Arbeit

Deutsche Rentenversicherung

Sonstige: _____

örtlicher Sozialhilfeträger Stadt _____

(als Mitglied im Teilhabeausschuss) Landkreis _____

Bezugsbetreuer: in: _____

gesetzliche Betreuer: in: _____

den betriebsärztlichen Dienst

den zuständigen Integrationsfachdienst (IFD)

Sonstige: _____

gegenüber der **Arbeitstherapeutische Werkstätte Mannheim gGmbH** (ATW) untereinander von der Schweigepflicht.

Anlass für diese freiwillig abgegebene Erklärung ist die bedarfsgerechte Betreuung nach SGB IX „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ sowie der Werkstättenverordnung (WVO).

Ich ermögliche hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten unter Einhaltung aller gesetzlicher Vorgaben nach der DSGVO und des BDSG (neu) stattfindet.

Ich wurde ausführlich über den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung, meine Rechte z.B. den Widerspruch, Einschränkung Verarbeitung und mögliche Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort, Datum

Unterschrift

Sitz: Pfingstweidstraße 25-27
68199 Mannheim
Zentrale 0621 17291-100
Telefax 0621 86429744
Email info@atwmannheim.de
Zweigstelle: F7, 17-18
68159 Mannheim
Telefon 0621 20855

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme bzw. Beschäftigung in einer WfbM

I. Angaben zur Person

Name, Vorname geb.
wohnhaft
Vertretungsberechtigter

II. Diagnose

Diagnose/n nach **ICD 10**:

.....
.....
Inkl. Anfallserkrankungen und Allergien

Erstdiagnosedatum:

Bei mir in Behandlung seit:

III. sonstiges

1. Wird die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen mit dem Schwerpunkt auf psychische Erkrankungen befürwortet? ja nein
2. Weitere wesentliche Hinweise

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Stempel des Arztes / der Ärztin

Lebenslauf (z. Aufnahme in eine WfbM) Seite: aus**Für (Nachname/Vorname):****Geburtsdatum:****Hinweis:**

Die hier gemachten Angaben sollen die Länge und Schwere Ihrer Erkrankung erkennen lassen. (Lebensläufe aus Bewerbungen sind meist ungeeignet.)

Zeitraum	Lebensinhalt	Aussagen zu Schwierigkeiten	Abbruch durch ?	Unterstützungsmaßnahmen während der Zeit
möglichst lückenlos von - bis	<ul style="list-style-type: none">• Schule / Ausbildung• Berufliche Tätigkeiten• Rehamaßnahmen• Klinikaufenthalte• Arbeitslosigkeit	<ul style="list-style-type: none">• die eigene Person betreffend• Umgang mit anderen• Fachliche Probleme	Erkrankung, Kündigung, Maßnahme-Abbruch	<ul style="list-style-type: none">• Begleitung durch IfD, SPDI, u. ä.• Betreutes Wohnen, Heim• Betreuer, auch gesetzliche• Ambulante Therapien• Selbsthilfegruppen

Lebenslauf (z. Aufnahme in eine WfbM) <u>Seite: 1 aus 1</u>				Hinweis: Die hier gemachten Angaben sollen die Länge und Schwere Ihrer Erkrankung erkennen lassen. (Lebensläufe aus Bewerbungen sind meist ungeeignet.)
Zeitraum	Lebensinhalt	Aussagen zu Schwierigkeiten	Abbruch durch?	Unterstützungsmaßnahmen während der Zeit
möglichst lückenlos von - bis	<ul style="list-style-type: none"> • Schule / Ausbildung • Berufliche Tätigkeiten • Rehahmaßnahmen • Klinikaufenthalte • Arbeitslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • die eigene Person betreffend • Umgang m. anderen • Fachliche Probleme 	Erkrankung, Kündigung, Maßnahme-Abbruch	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung durch IfD, SPDI, u.ä. • Betreutes Wohnen, Heim • Betreuer, auch gesetzliche • Ambulante Therapien • Selbsthilfegruppen
1981	<i>Hauptschulabschluss</i>	<i>Viel gefehlt</i>		<i>Wohnte bei Eltern</i>
1982-1985	<i>Ausbildung z. Büro-kauff. bei Baur AG</i>	<i>Wurde gemobbt, aber Abschluss geschafft</i>	-,-	<i>Gesprächs-Therapie</i>
Nov. 85-Nov.89	<i>Anstellung Baur AG</i>	<i>Abgrenzungsprobleme mit Kollegen in Abteilg</i>	<i>Selbst gekündigt</i>	<i>Chef half mir, wo er konnte</i>
Dez. 89-März 90	<i>Anstellung Doll KG</i>	<i>War nervös, konnte mich nicht konzentrieren</i>	<i>Kündigung Probezeit</i>	<i>Hausarzt</i>
März 90 Okt. 92	<i>arbeitslos</i>	<i>91 Scheidung + alles war mir egal, ich kam nicht mehr hoch</i>		<i>Hausarzt verschrieb mir Antidepressivum</i>
Okt.92-März 93	<i>ABM bei Pott GmbH als Registraturhilfe</i>	<i>Viel gefehlt, konnte mich nicht konzentrieren</i>	<i>War befristet</i>	
03/93-05/93	<i>arbeitslos</i>			
Mai 93-Juli 93	<i>Klinikaufenthalt ZI</i>	<i>Psychose, Alkoholentzug/ stat. Therapie</i>		<i>Selbsthilfegruppe, SPDI</i>
07/93-10/93	<i>Berufliches Trainings-Zentrum</i>	<i>War zu stressig, keine Konzentration gehabt, Ängste bekommen</i>		<i>SPDI</i>
10/93-12/93	<i>Klinikaufenthalt PZN</i>	<i>Psychose (hatte Tabletten weggelassen, um mich besser konzentrieren zu können)</i>		<i>SPDI Wohnangebot der AWO</i>
12/93-02/06	<i>Arbeitslos</i>	<i>6x Klinikaufenthalt in PZN wegen Psychose + med. Umstellung. Angst etwas neues anzufangen</i>		<i>SPDI, Seit 2003 betreutes Wohnen in eigener Wohnung</i>

Die Arbeitstherapeutische Werkstätte Mannheim gGmbH ermöglicht Bewerbern für einen Arbeitsplatz oder eine Aufnahme in das Eingangsverfahren/in/ den Berufsbildungsbereich in ihrer Einrichtung im Laufe eines Bewerbungsverfahrens sogenannte Hospitations- bzw. Probearbeitstage. Der Bewerber wird darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an Hospitations- bzw. Probearbeitstagen keine Beschäftigung im Sinne des § 2 Abs.1 Nr. 1 SGB VII darstellen. Bei Teilnahme an den Hospitations- bzw. Probearbeitstagen findet keine Eingliederung in den Betrieb der Arbeitstherapeutischen Werkstätte Mannheim gGmbH statt. Der Bewerber wird deshalb wie folgt belehrt:

Ich _____ (Vor- und Nachname) bin darauf hingewiesen worden, dass für mich während des Probearbeitstags / der Probearbeitstage _____ (Datum) in der Arbeitstherapeutischen Werkstätte Mannheim gGmbH **kein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII** besteht.

Ich bin auch darauf aufmerksam gemacht worden, dass die Arbeitstherapeutische Werkstätte Mannheim gGmbH **keinen anderweitigen freiwilligen Unfallversicherungsschutz** für mich abgeschlossen hat.

Mir ist bekannt, dass ich insbesondere Gesundheitsschäden, die mir bei der Tätigkeit im Rahmen meines Probearbeitstages / meiner Probearbeitstage entstehen, selbst zu tragen habe.

Dies gilt auch, wenn mir der Schaden auf dem Weg von oder zu der Arbeitstherapeutischen Werkstätte Mannheim gGmbH entsteht.

Ein Anspruch gegen die gesetzliche Unfallversicherung besteht nicht.

Im Übrigen kann ich die, eigentlich gegen die gesetzliche Unfallversicherung zu richtenden Ansprüche, nicht gegen die ATW Mannheim gGmbH geltend machen.

Im Schadensfalle stelle ich die Arbeitstherapeutische Werkstätte von Ansprüchen Dritter frei.

_____ (Ort), den _____ (Datum)

_____ (Unterschrift)

Informationspflichten gegenüber Teilnehmern und Beschäftigten in der ATW Mannheim gGmbH auf der Grundlage der Art. 13 ff. DS-GVO (EU-Datenschutzgrundverordnung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Sowohl innerhalb unserer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (kurz: WfbM) als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Betreuung beteiligten Personen bzw. Institutionen (z.B. Sozialämter, Rentenversicherungen, Betreuer, Ärzte, Therapeuten) findet diese Verarbeitung statt.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

ATW Mannheim – Arbeitstherapeutische Werkstätte Mannheim gGmbH

Pfingstweidstraße 25-27, 68199 Mannheim

Telefon. +49 621 17 291 –10 0, E-Mail: info@atwmannheim.de

Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten unter:

Stefan Feinauer Datenschutz & Compliance, E-Mail: datenschutzbeauftragter@confidat.de

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden

Im Rahmen Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Beschäftigung bzw. Betreuung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt, genutzt, übermittelt usw. Insgesamt spricht man von der „Verarbeitung“ Ihrer Daten. Dieser Begriff der „Verarbeitung“ bildet den Oberbegriff über alle diese Tätigkeiten. Die Verarbeitung Ihrer Daten in der WfbM ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Mitarbeiter hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre individuelle Beschäftigung bzw. Betreuung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen sowie therapeutischen Gründen aber auch aus Ihrer persönlichen Biographie. Biographie bedeutet hierbei, dass wir Ihren Lebenslauf nachvollziehen können. Ebenso finden Gespräche ggf. mit Ihrem gesetzlichen Betreuer statt; wer konkret an diesen Gesprächen teilnehmen soll, können Sie mitbestimmen. Daneben werden Berichte geschrieben und es erfolgen ggf. Verarbeitungen zur Verbesserung unserer Qualität.

Neben diesen beschäftigungs- bzw. betreuungsbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung, aus Gründen des Controllings und/oder der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen, usw.

Ferner erfolgen Datenverarbeitungen zu Zwecken der Berufsbildung, der Fort- und Weiterbildung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z. B. an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

Hintergrund dieser umfangreichen Datenverarbeitung ist unser Anspruch, Ihnen eine bestmögliche Versorgung bei uns in der WfbM zu bieten.

Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich - sofern möglich - bei Ihnen selbst sowie ggf. Ihrem gesetzlichen Betreuer. Teilweise kann es jedoch zusätzlich vorkommen, dass wir von anderen, z.B. Wohnheim, Angehörige, Therapeuten, Ärzten oder Betreuer Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unserer WfbM im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten. Das bedeutet auch, dass z. B. der Sozialdienst sowie weitere Personen, die an Ihrer ganzheitlichen Beschäftigung bzw. Betreuung beteiligt sind oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung vornimmt, Zugriff auf Ihre Daten erhalten. Konkret: Nicht nur Ihr Gruppenleiter erhält Zugriff auf Ihre persönlichen Daten.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht. Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch die WfbM

Die Grundlage dafür, dass die WfbM Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass die WfbM für die Beschäftigung bzw. Betreuung von Menschen mit körperlich und/oder geistiger Behinderung sowie psychischen Erkrankungen und/oder Störungen zugelassen ist. Wir sind eine anerkannte Werkstatt im Sinne der Werkstattverordnung (vgl. §§ 17f WVO). Auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die der WfbM eine Verarbeitung der Daten erlauben. Genannt sei hier insbesondere die DS-GVO, z. B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland anzuwenden ist. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa in dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), z. B. § 219 SGB IX, in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu), insbesondere § 22 BDSG-neu und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), z.B. §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien und deren Verarbeitung.

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen sofern Sie gesetzlich versichert sind
- private Krankenversicherungen sofern Sie privat versichert
- Unfallversicherungsträger
- Hausärzte, Fachärzte
- Sozialämter
- Bundesagentur für Arbeit
- Rentenversicherungen

- Kostenträger
- Integrationsämter
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung
- Rehabilitationseinrichtungen
- externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter)
- gesetzliche Betreuer, Bezugsbetreuer
- Bevollmächtigte

Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung an den Kostenträger werden insbesondere folgende personenbezogene Daten übermittelt:

- Kundennummer
- Vorname und Name
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Aktenzeichen
- Krankenversicherungsnummer
- Leistungszeitraum
- Leistungsarten
- Rechnungsnummer
- Debitorennummer
- Verlaufsdokumentation

Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie uns gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie formlos - schriftlich / per E-Mail / Fax - an uns richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Wahrnehmung berechtigter Interessen der WfbM

Sofern die WfbM zur Durchsetzung ihrer Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihren Kostenträger gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da z.B. die von der WfbM gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss die WfbM (zu Zwecken der Rechteverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Die WfbM ist dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Beschäftigung bzw. Betreuung zu führen. Dieser Verpflichtung kann die WfbM in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Akte nachkommen. Diese Dokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Beschäftigung bzw. Betreuung für einen definierten Zeitraum von uns verwahrt. Auch dazu sind wir gesetzlich verpflichtet. Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vor.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber der WfbM gelten machen. Sie ergeben sich aus den Vorgaben nach Art. 15 bis 22 DS-GVO, z.B.:

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit. Außerdem steht Ihnen nach Art. 13 Abs. 2 b) in Verbindung mit Art. 21 DSGVO ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung zu, die auf Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO beruht.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO (Datenverarbeitung auf Grundlage der Interessensabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen. Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung von Rechtsansprüchen oder der Verteidigung dagegen.

Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der Werbung einzulegen. Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Werbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Der Widerspruch erfolgt formfrei an folgende Adressen:

Tel.: +49 621 17 291 –100 | Fax.: +49 621 17 291 –110

E-Mail: info@atwmannheim.de

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 EU Datenschutz-Grundverordnung. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen an:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart

Tel.: 0711/61 55 41 – 0 | Fax: 0711/61 55 41 – 15

E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Internet: <http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de>

Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.