

Bewerberpaket

ATW ■ Vielfalt ist unsere Stärke!



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 hospitulieren.

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 "W"“ 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 aufnehmen 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**

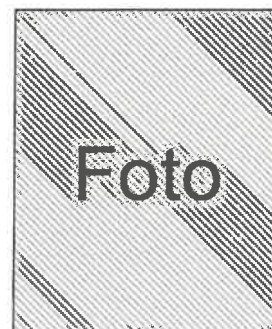
Personal Nr.:

Tätigkeitsschlüssel.:

Vom: _____

Neuaufnahme am: _____

Wiederaufnahme



Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Staatsangehörigkeit: _____

Passkopie mit Aufenthaltserlaubnis abgegeben Ja Nein

Wohnform:

Besondere Wohnform (Träger _____)

Betreutes Wohnen in eigener Wohnung. (Träger _____)

Eigene Wohnung

Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Ansprechpartner / Kontakt: _____

Gesetzliche Betreuung: Ja Nein

Für die Bereiche Aufenthalt Vermögen Gesundheit.

Name GB: _____

Kontaktdaten: _____

Kopie des Betreuerausweises/ Bestellurkunde abgegeben? Ja Nein

Welcher Verwaltungskreis ist für sie zuständig?

(Wenn sie ein bereits Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (z.B. Besondere Wohnform, Ambulant betreutes Wohnen), geben Sie bitte den Sozialleistungsträger /Verwaltungskreis des letzten Wohnsitzes an.)

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

Familienstand: _____ **Anzahl der Kinder:** _____

Krankenkasse: _____ **KK Vers. Nr.:** _____

Sozialvers. Nr.: _____ **Steuerklasse:** _____

Steuer ID: _____

Schwerbehinderten-Ausweis

Ja Nein GdB+Merkz.: _____

mit Wertmarke

Kopie des Schwerbehindertenausweises abgegeben?

Ja Nein

Einkommen

Grundsicherung

Arbeitslosengeld I

Rente

Arbeitslosengeld II

Ausbildungsgeld

Übergangsgeld

Haben Sie bereits an einer Berufsbildungsmaßnahme in einer WfbM teilgenommen?

Ja Nein

Kostenträger damals: _____

Schule/Ausbildung/Beruf:

Bitte jeweils ein Kreuz bei Ihrem **höchsten Schulabschluss** und bei Ihrer **abgeschlossenen Ausbildung** setzen.

Schulabschluss:

- ohne Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- mittlere Reife/ Realschulabschluss
- Abitur/ Fachabitur
- sonstiges: _____

Berufsausbildung:

- ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
- Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung
- Meister-/ Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Bachelor
- Diplom/ Magister/ Master/ Staatsexamen
- sonstiges: _____

Schule/Ausbildung/Beruf:

Welche Schule haben Sie besucht?

Gab es Besonderheiten/ Schwierigkeiten im Schulalltag?

Haben Sie eine Berufsausbildung begonnen? Ja Nein

Welche _____

Wenn ja, welchen Abschluss?

Wenn nein, warum nicht?

Waren Sie mit Ihrer Ausbildung zufrieden? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

Waren Sie mit Ihren Arbeitsstellen zufrieden? Ja Nein

Wenn „Ja“, warum?

Wenn „Nein“, warum nicht?

Haben Sie zurzeit Kontakt zu Freunden oder Bekannten?

Ja Nein

Wie sieht momentan Ihr Tagesablauf aus?

Welche Hobbys/Interessen haben Sie?

Was erwarten Sie von der ATW?

Welche Art Arbeit wünschen Sie sich in der ATW?

Was wollen Sie bei der ATW lernen?

Welche Beschäftigungs- und/oder Berufswünsche haben Sie momentan und eventuell für die Zukunft?

Erkrankung/Behinderung:

Wann haben Sie sich zum ersten Mal psychisch krank gefühlt?

Wie hat sich die Erkrankung damals gezeigt?

War es nach einem besonderen Ereignis/Erlebnis?

Wie haben Sie sich zu dieser Zeit gefühlt?

Wie äußert sich Ihre Erkrankung jetzt?

Wo sehen Sie die Ursachen Ihrer Erkrankung?

Welche Behandlungen/ Therapieformen sind für Sie hilfreich?

Kreuzen Sie folgende Aussagen alle an, die für Sie zutreffen, wenn sich Ihre psychische Verfassung verschlechtert?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Rückzug |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühl | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gespanntheit | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Wahnvorstellung (Wiederholende) | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Realitätsverlust | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Symptome | <input type="checkbox"/> Starker Nikotinkonsum |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Magen u. Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Selbstverletzungsgefahr |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Suizidales Syndrom |

Bezeichnung/Diagnose der vorliegenden psychischen + körperlichen Erkrankungen/Behinderungen?

Haben Sie sonstige Beeinträchtigungen (Allergien, innere Krankheiten, körperliche Einschränkungen, ansteckende Krankheiten)?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wichtige Ärzte/innen und Ansprechpartner/innen

Hausarzt/-ärztin:	
Anschrift :	
Telefon :	
<hr/>	
Facharzt:	
Anschrift :	
Telefon :	
<hr/>	
Ansprech- partner/in :	
Anschrift :	
Telefon :	
<hr/>	
Therapeut:	
Anschrift:	
Telefon:	

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Entbindung von der Schweigepflicht

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

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Betreuung nach SGB IX „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ sowie der Werkstättenverordnung (WVO), die für meine Belange wesentlich sind. Ich ermögliche hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben nach § 4a des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) stattfindet.

Ich wurde ausführlich über den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung sowie über mögliche Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des Arztes bzw. der ärztl. Dienststelle

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen

I. Angaben zur Person d. Untersuchten

Name, Vorname geb.
wohnhaft
Vertretungsberechtigter

II. Diagnose

Diagnose **ICD 10**:
.....
(Vermutl.) Ursache: Frühkindl. Hirnschädigung – Krankheit – Unfall – Wehrdienst - Impfschaden

III. Zusatzangaben zu Art und Schwere der Krankheit/Behinderung

1. Bei Intelligenzgeminderten (Oligophrenen)

1.1 Grad der Behinderung:

- Leichte Intelligenzminderung = ICD 10 F 70
mit einem Intelligenzquotienten (IQ) zwischen 50 und 69.
- Mittelgradige Intelligenzminderung = ICD 10 F 71
mit einem IQ zwischen 35 und 49.
- Schwere Intelligenzminderung = ICD 10 F 72
mit einem IQ zwischen 20 und 34.
- Schwerste Intelligenzminderung = ICD 10 F 73
mit einem IQ unter 20, entsprechend einem Intelligenzalter zwischen 0 und 2 Jahren.

1.2 Kann d. behinderte Mensch Kontakt zu anderen Personen aufnehmen? ja nein

1.3 Bestehen auffallende Verhaltensstörungen
(z. B. starke Aggressionsneigung, außergewöhnliche motorische Unruhe),
die einer Aufnahme in die Werkstatt entgegenstehen? ja nein

1.4. Sonstige Hinweise

2. Bei Anfallskranken

2.1 Art, Form, Schwere der Anfälle
Häufigkeit: täglich wöchentlich selten zz. anfallsfrei

2.2 Sonstige Hinweise

3. Bei körperlichen Erkrankungen/Behinderungen

3.1 D. behinderte Mensch kann nicht sitzen stehen gehen

3.2 Es bestehen folgende Lähmungserscheinungen

3.3 Sonstige erhebliche körperliche Behinderungen

3.4 Ist d. behinderte Mensch ausreichend mit orthop. und anderen Hilfsmitteln versorgt? ja nein

3.5 Kann eine Verbesserung erreicht werden? ja nein

3.6 Vorschlag

3.7 Sonstige Hinweise

4. Bei Hör-, Sprach- und Sehbehinderungen

Art, Umfang, Schwere

5. Bei psychischen Erkrankungen/Behinderungen

Art, Umfang, Schwere

Patient/in wird seit behandelt und/oder ist seit bei mir in Dauerbehandlung wegen der oben genannten chronischen psychischen Erkrankung. Aus nervenärztlicher Sicht wird sich in absehbarer Zeit nichts Wesentliches an der durch die Erkrankung beeinträchtigten Leistungsfähigkeit ändern.

6. Sonstige wesentliche Behinderungen

IV. Sonstige Fragen zur Eingliederung

1. Wird die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder arbeitstherapeutischen Werkstatt (für psychisch kranke Menschen) für erforderlich gehalten? ja nein

2. Bestehen Bedenken gegen die Aufnahme einer Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen/arbeitstherapeutischen Werkstatt (f. psych. kranke Menschen)? ja nein

Welche?

3. Welche Maßnahme wird stattdessen vorgeschlagen?

4. Was ist im Falle einer Beschäftigung zum Schutz d. behinderten Menschen besonders zu beachten?

5. Ist d. behinderte Mensch in der Lage, den Weg zur Werkstatt mit öffentl. Verkehrsmitteln zurückzulegen? ja nein

Weshalb nicht?

Rollstuhlfahrer? ja nein

6. Ist d. behinderte Mensch bei den regelmäßig wiederkehrenden alltägl. Verrichtungen (z.B. beim Gehen, Stehen, Essen, Verrichten d. Notdurft) auf fremde Hilfe angewiesen? ja nein

Wann, in welchem Umfang?

Pflegestufe unter I I II III mehr als III

7. Weitere wesentliche Hinweise

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Stempel des Arztes / der Ärztin

Lebenslauf

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 • Rehabmaßnahmen • 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

Mannheim, _____

Unterschrift: _____

Musterlebenslauf

Lebenslauf (z. Aufnahme in eine WfbM) **Seite: 1 aus 1**

Für (Nachname/Vorname): Mustermann, Sandra
Geburtsdatum: 03.03.1966

Lebenslauf (z. Aufnahme in eine WfbM)		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?
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 	Unterstützungsmaßnahmen während der Zeit <ul style="list-style-type: none"> Begleitung durch IfD, SPDI, u.ä. Betreutes Wohnen, Heim Betreuer, auch gesetzliche Ambulante Therapien Selbsthilfegruppen
1981	Hauptschulabschluss	Viel gefehlt	Wohnite bei Eltern
1982-1985	Ausbildung z. Bürokauff. bei Baur AG	Wurde gemobbt, aber Abschluss geschafft	Gesprächs-Therapie
Nov. 85-Nov.89	Anstellung Baur AG	Abgrenzungsprobleme mit Kollegen in Abteilg	Chef half mir, wo er konnte
Dez. 89-März 90	Anstellung Doll KG	War nervös, konnte mich nicht konzentrieren	Hausarzt
März 90	arbeitslos	91 Scheidung + alles war mir egal, ich kam nicht mehr hoch	Hausarzt verschrieb mir Antidepressivum
Okt. 92		Viel gefehlt, konnte mich nicht konzentrieren	War befristet
Okt.92-März 93	ABM bei Pott GmbH als Registraturhilfe		
03/93-05/93	arbeitslos		
Mai 93-Juli 93	Klinikaufenthalt Zi	Psychose, Alkoholentzug/stat. Therapie	Selbsthilfegruppe, SPDI
07/93-10/93	Berufliches Trainings-Zentrum	War zu stressig, keine Konzentration gehabt, Ängste bekommen	SPDI
10/93-12/93	Klinikaufenthalt PZN	Psychose (hatte Tabletten weggelassen, um mich besser konzentrieren zu können)	SPDI Wohnangebot der AWO
12/93-02/06	Arbeitslos	6x Klinikaufenthalt in PZN wegen Psychose + med. Umstellung. Angst etwas neues anzufangen	SPDI, Seit 2003 betreutes Wohnen in eigener Wohnung

Mannheim, 8. Feb. 2016 **Unterschrift: Sandra Mustermann**

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
- Verlaufsdocumentation

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 Rechtsverfolgung) 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@fdi.bwl.de
Internet: <http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de>

Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.