



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la prévoyance sociale SPS
Sozialvorsorgeamt SVA

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 68
www.fr.ch/sps

Bedarfsabklärungsverfahren (Art. 13 und 14 SIPG¹)

Datennutzung und -weitergabe – Einverständniserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, verstanden zu haben, was dieses Gespräch zum Ziel hat, nämlich anhand eines Fragebogens Ihre Bedürfnisse zu ermitteln und die am besten passende/n Leistung/en zu bestimmen. Sie haben den Inhalt des Fragebogens und den Ablauf des Bedarfsabklärungsverfahrens zur Kenntnis nehmen können.

Erklären sie sich einverstanden, dass diese Daten:

- > dem Sozialvorsorgeamt (SVA) zur Genehmigung des Leistungsvorschlags übermittelt werden?
ja nein
- > den durch Sie gewählten Leistungserbringenden weitergegeben werden?
ja nein
- > dem SVA für statistische Zwecke weitergegeben werden, nachdem sie anonymisiert wurden (Ihr Name wird an keiner Stelle genannt)?
ja nein

Sie können jederzeit schriftlich beim Sozialvorsorgeamt (SVA) die Tilgung Ihrer Daten verlangen.

| | |
|---|----------------|
| Name : | Vorname : |
| Geburtsdatum : | |
| Ort, Datum : | Unterschrift : |
| Unterschrift des /der gesetzlichen Vertreter-in : | |

¹ Gesetz über die sonder- und sozialpädagogischen Institutionen und die professionellen Pflegefamilien (SIPG).

Kontaktaufnahme mit Personen aus ihrem Umfeld – Einverständniserklärung

Um dieses Bedarfsabklärungsverfahren durchzuführen, ist es möglich, dass mit Personen aus Ihrem Umfeld Kontakt aufgenommen werden muss.

Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie dem SVA oder der abklärenden Person, die unten aufgeführten Personen zu kontaktieren und ihnen Fragen betreffend Ihrer persönlichen Situation zu stellen. Sie ermächtigen die angefragten Personen damit ebenfalls, Auskunft geben zu dürfen.

Diese Vollmacht gilt nur für das laufende Bedarfsabklärungsverfahren.

| | |
|--|----------------|
| | |
| | |
| Ort, Datum : | Unterschrift : |
| Unterschrift des / der gesetzlichen Vertreter-in : | |