



Sonstige Hinweise in Bezug auf die Nutzung von Betreuungsangeboten

Name der zu betreuenden Person: _____

Das **Hygiene- und Schutzkonzept des Vereins** liegt vor und wurde gelesen.

Ich, der/die gesetzliche*r Vertreter*in eines*r zu Betreuenden (sofern vorhanden), des Vereins für Behinderte e.V. erkläre mich bereit, während der Betreuung telefonisch erreichbar zu sein.

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich über eine Erkrankung oder den Verdacht einer Erkrankung, ebenso bei Erkrankung von Kontaktpersonen, die verantwortliche Fachkraft der Einzelbetreuung informieren muss.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten: Name, Adresse, Telefonnummer gemäß § 2a CoronaSchVo erfasst werden. Die Daten werden vor dem Zugriff Unbefugter gesichert aufbewahrt und nach Ablauf von vier Wochen, vollständig vernichtet. Die Daten werden im Bedarfsfall an die zuständige Behörde weitergeleitet.



Ich bin mit einer papiergebundenen und digitalen Datenerfassung einverstanden.

Datum und Unterschrift zu Betreuende*r/ gesetzl. Vertreter*in