



## **Informationsblatt zur Beantragung einer finanziellen Unterstützung**

Seelenpflaster – Verein zur Förderung psychischer Kinder- und Jugendgesundheit unterstützt sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, die an einer psychischen Erkrankung leiden, durch die Übernahme der Kosten von Therapien.

### **Was wir von Ihnen PER POST benötigen** (Kopien sind ausreichend)

- Vollständig ausgefülltes Formular
- Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung
- Ärztliche/Klinisch-psychologische/Psychotherapeutische Stellungnahme mit folgenden Inhalten:
  - o Therapieempfehlung
  - o Diagnose (ICD-10, F-Kapitel), aufgrund derer die Empfehlung zur Psychotherapie erfolgt

### **Wie die Therapiekosten von uns gedeckt werden können**

Nach Einlangen der Unterlagen melden wir uns innerhalb von zwei Wochen telefonisch bei Ihnen, um die weitere Vorgangsweise zu besprechen. Die Finanzierung erfolgt ausschließlich durch Spenden von Privatpersonen und Firmen. Die Therapie kann von uns nur finanziell unterstützt werden, sobald vereinsseitig sichergestellt ist, dass auch für eine etwaige längere Therapiedauer ausreichend finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden können.

### **Welche Therapiekosten wir übernehmen**

Seelenpflaster übernimmt die Kosten einer Behandlung bei Psychotherapeut:innen und Klinischen Psycholog:innen mit abgeschlossener Ausbildung. Leider gibt es auch Therapieangebote, deren Unterstützung wir (derzeit) ausschließen. Dazu zählen u.a. Ergotherapie, logopädische Therapie, etc.

Seelenpflaster ist ein mildtätiger Verein. Auf Zuwendungen besteht daher kein Rechtsanspruch.

Bei Unklarheiten erreichen Sie uns unter [seelenpflaster@gmx.at](mailto:seelenpflaster@gmx.at) oder Tel. 0677/64117445.

Bitte übermitteln Sie uns keine Gesundheitsdaten per Mail.

**Behalten Sie dieses Informationsblatt bei sich.**

## Unterstützungsantrag

**für** (Name, Geb.datum, Anschrift):

**Bitte diejenigen Antragsteller:innen angeben, bei denen das Kind mitversichert ist.**

**1. Erziehungsberechtigte:r**

Familienname:.....

Vorname:.....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum:.....

Versicherungsträger:

**Familienstand:** ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet,  
Lebensgemeinschaft *(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)*

**2. Erziehungsberechtigte:r**

Familienname:.....

Vorname:.....

Telefonnummer:.....

Geburtsdatum:.....

Versicherungsträger:

**Familienstand:** ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet,  
Lebensgemeinschaft *(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)*

**Anschrift:**.....

**E-Mail/ Telefon:**.....

**Namen aller Personen im gemeinsamen Haushalt - mit Geburtsdatum:**

**Problemstellung (warum sucht Ihr Kind eine Therapie auf):**

*(Bitte aktuelle fachliche Stellungnahme beilegen!)*

**Begründung für den Antrag (Schilderung der finanziellen Situation):**

**Besteht bereits eine laufende Psychotherapie?** JA  NEIN

**Wenn ja: Bei wem (Name + Telefonnummer)?**

**Wenn nein: Geben Sie eventuelle bevorzugte Psychotherapeut:innen bzw. Klinische Psycholog:innen an.**

Antrag eingebracht bei anderen Organisationen JA  NEIN

Wenn ja, wo (bereits vorhandene Zu-/Absagen anführen und beilegen):

**Wir weisen darauf hin, dass Seelenpflaster keine Haftung und Verantwortung für das gesundheitliche Wohl übernimmt sowie keine Garantie für einen positiven Therapieverlauf zusagt.**

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte:r

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Jugendliche:r

.....  
Ort, Datum

***Vom Verein Seelenpflaster auszufüllen:***

Antrag erhalten am:

Bearbeitet von:

Therapeut:in:

Kosten pro Einheit:

Speziell zu beachten / sonstiges:

**Wichtiger Hinweis:** Diese Seite ist in doppelter Ausführung in diesem Unterstützungsantrag enthalten. Aus rechtlichen Gründen ist es erforderlich, eine Seite dieser datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben an den Verein **zu retournieren**. Die zweite Seite können Sie ausgefüllt und unterschrieben der/dem zuständigen Therapeutin/Therapeuten aushändigen.

### **Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung**

Ich erteile hiermit die ausdrückliche Einwilligung, dass Seelenpflaster meine besonderen Kategorien personenbezogener Daten, die ich im Unterstützungsantrag bekannt gebe (z.B. Diagnosen psychischer Erkrankungen, sonstige Gesundheitsdaten, etc.), zum Zweck der Abwicklung des Unterstützungsantrages verarbeiten und zum Zweck der finanziellen Abwicklung an Therapeut:Innen und andere Partner:innen des Seelenpflaster-Netzwerks übermitteln bzw. erhalten darf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Seelenpflaster Verlängerungsansuchen der Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten an die Krankenkasse bzw. klinisch-psychologische Stellungnahme über Notwendigkeit der Fortsetzung der klinisch-psychologischen Behandlung (angelehnt an Verlängerungsansuchen) nach 10 Einheiten erhalten darf, um über eine Fortsetzung der Finanzierung entscheiden zu können.

Die Einwilligung gilt weiters für den Erhalt folgender Sachverhalte: Information über Therapiebeginn/ -ende und mehrwöchige Unterbrechungen durch die/den Behandler:in und die Honorarnoten der laufenden Therapie.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung gegenüber Seelenpflaster jederzeit per E-Mail an [seelenpflaster@gmx.at](mailto:seelenpflaster@gmx.at) oder per Post an die Adresse Gartenweg 5, 4865 Nußdorf am Attersee widerrufen kann. Bei Widerruf können wir keine weiteren Therapien finanzieren.

**Ort, Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte:r**

---

**Ort, Datum und Unterschrift Jugendliche:r**

---

## **Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung**

Ich erteile hiermit die ausdrückliche Einwilligung, dass Seelenpflaster meine besonderen Kategorien personenbezogener Daten, die ich im Unterstützungsantrag bekannt gebe (z.B. Diagnosen psychischer Erkrankungen, sonstige Gesundheitsdaten, etc.), zum Zweck der Abwicklung des Unterstützungsantrages verarbeiten und zum Zweck der finanziellen Abwicklung an Therapeut:Innen und andere Partner:innen des Seelenpflaster-Netzwerks übermitteln bzw. erhalten darf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Seelenpflaster Verlängerungsansuchen der Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten an die Krankenkasse bzw. klinisch-psychologische Stellungnahme über Notwendigkeit der Fortsetzung der klinisch-psychologischen Behandlung (angelehnt an Verlängerungsansuchen) nach 10 Einheiten erhalten darf, um über eine Fortsetzung der Finanzierung entscheiden zu können.

Die Einwilligung gilt weiters für den Erhalt folgender Sachverhalte: Information über Therapiebeginn/ -ende und mehrwöchige Unterbrechungen durch die/den Behandler:in und die Honorarnoten der laufenden Therapie.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung gegenüber Seelenpflaster jederzeit per E-Mail an [seelenpflaster@gmx.at](mailto:seelenpflaster@gmx.at) oder per Post an die Adresse Gartenweg 5, 4865 Nußdorf am Attersee widerrufen kann. Bei Widerruf können wir keine weiteren Therapien finanzieren.

**Ort, Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte:r**

---

**Ort, Datum und Unterschrift Jugendliche:r**

---

## Behalten Sie folgenden Datenschutzhinweis bei sich!

### Die Wahrung Ihrer Datenschutzrechte ist uns ein Anliegen.

Die folgende Mitteilung beschreibt, wie Seelenpflaster personenbezogene Daten hinsichtlich des Antrages bzw. der Abwicklung zur Deckung von Therapiekosten verarbeitet.

#### 1. Unsere Kontaktdaten

Bei Fragen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wenden Sie sich bitte an uns.

Seelenpflaster – Verein zur Förderung psychischer Kinder- und Jugendgesundheit  
Gartenweg 5  
4865 Nußdorf am Attersee  
E-Mail: seelenpflaster@gmx.at  
Tel.: 0677/64117445

#### 2. Zwecke der Verarbeitung und deren Rechtsgrundlagen

Die personenbezogenen Daten, die Sie uns bekannt geben, werden von uns zum Zweck der Abwicklung Ihres Unterstützungsantrages verarbeitet. Dabei stützen wir uns auch auf berechnigte Interessen. Ohne diese Datenverarbeitung wäre uns eine Abwicklung Ihres Antrages und die Finanzierung von Therapien nicht möglich.

#### 3. Empfänger:innen bzw. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes können vereinzelt an folgende Empfänger\*innen übermittelt werden:

- behandelnde\*r Psychotherapeut\*in, behandelnde\*r Psychologe\*in
- Netzwerk-Partner wie z.B. Sozialberatungsstellen, Therapeut\*innen

Wenn über Ihr Unterstützungsansuchen positiv entschieden wird, werden wir die jeweilige Therapeutin/ den Therapeuten davon in Kenntnis setzen. Dabei stützen wir uns auf berechnigte Interessen. Ohne diese Datenübermittlungen wäre uns ein transparenter sowie zweck- und zielgerichteter Einsatz von Spendenmitteln nicht möglich. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten nur dann an dritte Personen weitergegeben oder diesen gegenüber offengelegt, wenn wir aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen (z.B. gegenüber Abgabenbehörden oder Rechnungsprüfern) dazu verpflichtet sind.

#### 4. Erforderlichkeit der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist zur finanziellen Förderung durch Seelenpflaster erforderlich. Bei Nichterteilung der Einwilligung kann die Unterstützung nicht erfolgen.

#### 5. Speicherdauer

Die personenbezogenen Daten werden von uns so lange aufbewahrt, wie es nötig ist, um die angeführten Zwecke zu erreichen und wie dies nach anwendbarem Recht zulässig ist. Wir speichern die personenbezogenen Daten zudem jedenfalls, so lange gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen.

## **6. Ihre Rechte**

Wenn wir personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten, stehen Ihnen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu. Sie können diese Rechte gegenüber Seelenpflaster per E-Mail an [seelenpflaster@gmx.at](mailto:seelenpflaster@gmx.at) oder per Post an die Vereinsadresse geltend machen.

Wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen die DSGVO oder eine andere datenschutzrelevante Vorschrift verstößt, steht es Ihnen frei, bei der Österreichischen Datenschutzbehörde Beschwerde zu erheben. E-Mail: [dsb@dsb.gv.at](mailto:dsb@dsb.gv.at)

**Behalten Sie diesen Datenschutzhinweis bei sich. Keine Übermittlung notwendig.**