

Kostenersatz für COVID19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungskräften – Bestätigung der Betreuungskraft über die Erstattung der Testkosten

Bitte beachten Sie:	* Angabe(n) erforderlich	i Information zum Ausfüllen	<input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen
----------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

Betreuungskraft

Nachname *	_____	akad. Grad	_____
Vorname/n *	_____		

Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____		

Angaben Testung/en

Datum der Testung/en *	_____
Höhe der erhaltenen Testkosten in EURO *	_____

Datenschutzrechtliche Bestimmungen

* Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden
Ich habe die allgemeinen Informationen

- zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;

*

- zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;
- zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten auf der Datenschutz-Informationseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz Informationsblatt gelesen.

Erklärung

Hiermit bestätige ich als Betreuungskraft, dass ich die Testkosten für die oben genannte/n Testung/en von der oben genannten betreuten Person oder deren Vertretung erhalten habe.

Unterschrift der Betreuungskraft

Ort* _____	_____
Datum* (tt.mm.jjjj) _____	Unterschrift*