

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX für Kinder und Jugendliche

1. Personenbezogene Daten

	Kind	Mutter	Vater
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum (ggf. Sterbedatum)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans./inter.	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans./inter.	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans./inter.
Geburtsort			
Familienstand			
Staatsangehörigkeit			
Aufenthaltsstatus			
Sorgeberechtigt			
Beziehung zum Kind (leiblicher Elternteil, Adoptiv-, Pflegeeltern- teil)			
PLZ, Wohnort			
Straße & Hausnummer			
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltort (z.B. Familie, Einrichtung, sonstiges)			
Telefon (mit Vorwahl)			
Die Eltern sind			
<input type="checkbox"/> verheiratet/Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> verwitwet			
Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Familienangehörige, die oben nicht genannt sind (z.B. Geschwister, Großeltern)?			
Name	Geburtsdatum	Verhältnis zum Hilfesuchenden (verwandt/befreundet)	

2. Vorgeschichte und aktuelle Situation

Gibt es aus Ihrer Sicht wichtige Angaben zu den Lebensverhältnissen in der Vergangenheit und heute (Umzüge, etc.)?

Jahr	Wohn-/Lebenssituation

Wie gestaltet sich die vorschulische/schulische Situation des Kindes?

ohne Schulabschluss

Krippe	Name, Anschrift	von	bis
Kindergarten	Name, Anschrift	von	bis
Hort	Name, Anschrift	von	bis
Schule	Name, Anschrift	von	bis

Wie ist die finanzielle Situation der Familie?

- Kindergeld / Kinderzuschlag
 Kindesunterhalt
 BAföG/BAB/Ausbildungsgeld
 Krankengeld
 Rente(Unfall- /Waisen-/Sonstige-, Alters-, EU-Rente)
 Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII)
 Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht
 Arbeitseinkommen
 Sonstiges

 Vermögen (z. B. Lebensversicherungen, Erbansprüche)
 Schulden, in Höhe von ca.

	Mutter	Vater
Beruf		
Arbeitgeber		
Anschrift Arbeitgeber		

Werden andere Sozialleistungen bezogen? Ja Nein
 (ALG I, ALG II/"Hartz IV", Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Kinderzuschlag, Renten; **bitte Bescheide beifügen**)

3. Gesundheitliche Situation

Liegt eine Diagnose eines Arztes vor? Wenn ja, welche?		
Diagnose Arzt	festgestellt durch	am
Beschreiben Sie als Sorgeberechtigte/r den genauen Bedarf des Kindes		

4. Art der Beeinträchtigungen

Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht	
Ein Schwerbehindertenausweis...	
<input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> wurde bislang nicht beantragt <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt (Bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> ist ausgestellt bis _____, Grad der Behinderung _____ % <input type="checkbox"/> Gleichstellung	
Merkzeichen	
<input type="checkbox"/> H (Hilflosigkeit) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> Gl (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit)	<input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> TBl (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> aG (außergewönl. Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen)
Mögliche Verursachung durch Dritte	
Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (Gewalttat, Unfall, Impfschaden, etc.) zurück?	
Wurde bei dem Kind ein Pflegegrad nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) festgestellt?	
<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> wurde bislang nicht beantragt <input type="checkbox"/> Antrag ist gestellt am _____ <input type="checkbox"/> eingestuft in Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

Krankenversicherung des Kindes

Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail

 familienversichert **pflichtversichert** **freiwillig versichert**
 privat versichert **beihilfeberechtigt** **§ 264 SGB V**

Sofern abweichend: Name, Anschrift, Telefon der Pflegeversicherung des Kindes

Welche Hilfsmittel verwendet Ihr Kind (z.B. Brille, Rollstuhl, etc.)?
5. Weitere Unterstützungen

Erhalten Sie für sich oder Ihr Kind...	Name, Telefon, Leistungsdauer
Heilpädagogische Unterstützung/ Förderung vorschulischer Bereich	
Unterstützung / Förderung schulischer Bereich	
Therapeutische Unterstützung (Logotherapie, Ergotherapie)	
Psychologische Unterstützung	
Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
Sozialraum (z. B. Vereine)	

Fachärztliche und ärztliche Behandlung (z. B. Kinderarzt, HNO)	
Leistungen der Jugendhilfe	
Sonstiges	

Bezugsperson, Person des Vertrauens	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	Mobil

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialhilfe zurückzahlen muss. Den Träger der Sozialhilfe ermächtige ich hiermit, soweit dies für die Hilfestellung erforderlich ist, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Ort, Datum	Unterschrift Leistungsberechtigte/r oder des/der gesetzlichen Vertreters/in
------------	---

Bitte reichen Sie zur umfassenden Bedarfsermittlung (sofern zutreffend) für das Kind folgende Unterlagen ein:

- Kinderuntersuchungsheft (U-Heft)
- Berichte von Ärzten
- Berichte von Therapeuten
- Bericht des Kindergartens über den Entwicklungsstand des Kindes
- Ergebnisbericht der Schuleingangsuntersuchung
- Bericht der Schule über die Entwicklung des Kindes
- Bescheid der Schule über die Zurückstellung vom Schulbesuch
- Bescheid der Landesschulbehörde über die Anerkennung eines Bedarfs an sonderpädagogischen Unterstützung
- Gutachten über die Ermittlung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung (Fördergutachten)
- Bescheid der Pflegeversicherung über die Anerkennung eines Pflegegrades
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen über den Pflegebedarf und Pflegegrad
- Kopie des Schwerbehindertenausweises und des entsprechenden Bescheides
- Kopie des Leistungsbescheides (SGB II, Wohngeld, etc.)
- Nachweis über die Staatsangehörigkeit des Kindes (Geburtsurkunde, Pass, Ausweis)
- Nachweis über den Aufenthaltsstatus des Kindes
- Geburtsurkunde
- Nachweis über die Krankenversicherung (z.B. Kopie der Versichertenkarte)

Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Aktenzeichen:

Name des Kindes/des Jugendlichen:

geb. am:

wohnhaft:

Ich bin damit einverstanden, dass der Landkreis Heidekreis, Fachbereich Soziales, Eingliederungshilfe,

- mit dem Fachbereich Kinder, Jugend, Familie,
- mit der Krankenversicherung meines Kindes,
- mit der Pflegeversicherung meines Kindes und
- mit sonstigen in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträgern

Informationen über mein Kind zur umfassenden Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens bzw. der Teilhabeplanung austauschen darf. Dieses Einverständnis bezieht die Weitergabe von Hilfeplänen nach dem SGB VIII ein.

Außerdem befreie ich hiermit – bis zum jederzeit möglichen Widerruf – folgende Personen bzw. Institutionen:

(hier bitte auch beteiligte Ärzte und Therapeuten eintragen)

von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass Berichte, Diagnosen und Befunde, die über mein Kind vorliegen, dem Landkreis Heidekreis, Fachbereich Soziales, Vogteistraße 19, 29683 Bad Fallingbostal zur Verfügung gestellt werden. Mit einem Informationsaustausch zwischen dem Fachbereich Soziales und dem Fachbereich Gesundheit bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

Einwilligungserklärung Datenschutz

Der Träger der Sozialhilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist der Landkreis Heidekreis verpflichtet, die Bedarfsermittlung mit einem Formular zu bearbeiten.

Dieses Formular heißt: Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni).

Die in der individuellen Bedarfsermittlung (anhand des Formularsatzes B.E.Ni) erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab dem _____ gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem Landkreis Heidekreis:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Der Landkreis Heidekreis ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle (Kooperativer Datenschutzbeauftragter im Landkreis Heidekreis; Herr Jürgen Isernhagen) per E-Mail unter datenschutz@stadt-walsrode.de oder postalisch unter Lange Straße 22 in 29664 Walsrode erreichbar.

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann der Landkreis Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

-
- Ich willige ein, dass der Landkreis Heidekreis die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
 - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
 - Ich willige ein, dass der Landkreis Heidekreis die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.

Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Vorname, Name:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Bitte zurücksenden an:

Az.:

Landkreis Heidekreis
FG 05.2 Eingliederungshilfe
Vogteistraße 19
29683 Bad Fallingbostel

Merkblatt:
Informations- und Transparenzpflichten nach
Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO)
zum Gesamt- und Teilhabepflichtverfahren Niedersachsen

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Herangezogene kommunale Körperschaft	Landkreis Heidekreis
Straße	Vogteistraße 19
PLZ Ort	29683 Bad Fallingbostel
Tel.	05162 - 970 0
E-Mail:	info@heidekreis.de

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 141 ff SGB XII bzw. §§ 117 ff SGB IX i.V.m. §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist. Längstens 10 Jahre nach Beendigung ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Den/die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter datenschutz@stadt-walsrode.de

bzw. postalisch unter

Kooperativer Datenschutzbeauftragter im Landkreis Heidekreis

Herrn Jürgen Isernhagen

Lange Straße 22

29664 Walsrode

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.