

Antrag gemäß §108 Absatz 1 - Neuntes Buch - Sozialgesetzbuch (SGB IX) auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 99, 102 ff. SGB IX

Fachbereich Aktive Teilhabe und Pflege
Frühe Eingliederungshilfe
Stadtstr. 2, 79104 Freiburg im Breisgau

LANDRATSAMT
BREISGAU-
HOCHSCHWARZWALD



1. Maßnahme

1.1. Beantragte Maßnahme

Heilpädagogische Förderung für noch nicht eingeschulte Kinder	<input type="checkbox"/>
Integration in d. allgemeinen Kindergarten / allgemeine Schule	<input type="checkbox"/>
Schulkindergarten / Sonderschule in privater Trägerschaft	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

1.2. Wo und durch wen soll die Förderung erfolgen? (soweit schon bekannt)

2. Daten des Kindes

Name			Vorname(n)			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum		Geburtsort		Staatsangehörigkeit		
Anschrift						
Name der Krankenkasse				KV-Nr.		
krankenversichert	<input type="checkbox"/> über Vater	<input type="checkbox"/> über Mutter	<input type="checkbox"/> über andere Person			
falls privat krankenversichert: Entscheidung der Versicherung / Beihilfestelle über die Kostenübernahme				<input type="checkbox"/> beigefügt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			seit:		
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung:			Merkmale:	
Ist die Behinderung ursächlich auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen oder bestehen sonstige Ansprüche?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, es handelt sich um einen:						
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Sonstiges:						

3. Aufgrund welcher Beeinträchtigungen / Verhaltensweisen wird die o.g. Maßnahme für das Kind beantragt?

3.1. Kurze Schilderung der besonderen Situation aus Sicht der Eltern bzw. Sorgeberechtigten

3.2. Fachärztliche Stellungnahme

Eine fachärztliche Stellungnahme mit

- Diagnose / Diagnose begründenden Befunden,
- fachärztlichem Förder- und Behandlungsplan aus dem die notwendigen Therapien, Umfang und Dauer der beantragten Maßnahme ersichtlich sind,

ist dem Antrag beigelegt wird nachgereicht.

4. Bisherige bzw. zusätzliche Maßnahmen / Behandlungen (Bitte aktuelle Berichte beilegen)

Art		von – bis	Praxis / Einrichtung
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Logopädie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		Art der Maßnahme:

5. Angaben zu den Eltern

Angaben Elternteil 1		Angaben Elternteil 2	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum/ -ort		Geburtsdatum/ -ort	
Anschrift, seit		Anschrift, seit	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	
Staatsangehörigkeit		Staatsangehörigkeit	
Familienstand		Familienstand	
Beruf		Beruf	
→ Beamtin/Beamter		→ Beamtin/Beamter	
→ beihilfeberechtigt bei		→ beihilfeberechtigt bei	
→ Militärangehörige		→ Militärangehöriger	

Sorgerechtsinhaber:

Eltern Mutter Vater

Sonstige: _____ Pflegekind ja nein

6. Angaben zu Personen, die im gleichen Haushalt wohnen:

(Name, Geburtsdatum, Verwandtschaftsgrad)

7. Angaben zur derzeit besuchten Einrichtung (Kindergarten / Schule)

- Bitte aktuelle Berichte beilegen -

Name der Einrichtung	
Anschrift	
Ansprechpartner, Telefon	

Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. gesetzl. Vertreters/in

Datenschutzerklärung für das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren in der Eingliederungshilfe

1. Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die Erhebung der persönlichen Daten sowie die nachfolgende Verarbeitung und Dokumentation für die Gesamt- und Teilhabeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB IX sowie der individuellen Hilfeplanung benötigt. Sie fließen daher entsprechend bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtplans nach §§ 19 – 23 SGB IX bzw. §§ 117 ff SGB IX mit ein.

2. Mitwirkungspflicht, Grenzen der Mitwirkung und Folgen fehlender Mitwirkung

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet sind z.B.:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen
- sich auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

Persönliche Angaben:

Name, Vorname Kind: _____

Adresse Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Bevollmächtigte*r: _____

Adresse Bevollmächtigte*r: _____

3. Einwilligungserklärung

3.1 Einholung von Auskünften

- a) Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Untersuchungsunterlagen und sonstigen Berichten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten einholt.

Arzt/Facharzt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychiater/Psychologe:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
begutachtende Stelle:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schulamt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kindertageseinrichtungen:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Agentur für Arbeit:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rentenversicherungsträger:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Integrationsfachdienst:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienstleister/Leistungserbringer:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medizinisch Pädagogischer Dienst Kommunalverband für Jugend u. Soziales (KVJS):		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

- b) Ich bin einverstanden, dass im Auftrag des Trägers der Eingliederungshilfe durch den Medizinisch-Pädagogischen Dienst des KVJS im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens Informationen und Daten, die für die Bearbeitung der Fragestellung erforderlich sind, erhoben und entsprechend dokumentiert werden.

Ja Nein

3.2 Weitergabe von Daten an Dritte

- a) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens nach SGB XII bzw. SGB IX (z.B. zur weiteren notwendigen Sachverhaltsklärung oder Vorbereitung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabeplankonferenz) erforderliche Daten, Ergebnisse von Gutachten etc. -an die weiteren beteiligten Rehabilitationsträger übermittelt.

Ja Nein

- b) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Vorfeld und im Rahmen der Erstellung und Fortschreibung des Gesamt- bzw. Teilhabeplans erforderliche Daten,

Ergebnisse von Gutachten an in Frage kommende Dienstleister (z.B. Einrichtungen, Dienste) übermittelt werden, soweit diese an der Erbringung der Hilfen bereits beteiligt sind oder künftig beteiligt werden sollen. Soweit als möglich werden die Daten in anonymisierter Form übermittelt.

Ja Nein

- c) Ich bin damit einverstanden, dass die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen an andere öffentliche Stellen nach § 22 SGB IX, an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Dienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales) weitergeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Ja Nein

- d) Ich bin damit einverstanden, dass durch den Träger der Eingliederungshilfe die im Verfahren zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den Medizinisch-Pädagogischen Dienst des KVJS weitergegeben werden, soweit dieser im Rahmen des Gesamt- und Teilhabepflichtverfahren einbezogen wird.

Ja Nein

4. Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann. Auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung (s. unter 1.) wurde ich hingewiesen.

Ja Nein

Die Datenschutzbestimmungen des Landratsamtes Breisgau-Hochschwarzwald und die Datenschutzhinweise (Art. 13 Datenschutzgrundverordnung) finden Sie unter www.breisgau-hochschwarzwald.de/datenschutz.

Datum, Unterschrift des /der Leistungsberechtigten bzw. gesetzlichen Betreuung