

**Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder
 nach dem Sozialgesetzbuch IX
 -Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen-**

Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/>	Schulbegleitung, Schule _____, Klasse: _____
<input type="checkbox"/>	Autismustherapie
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

Leistungserbringer (der beantragten Hilfe)

Name der Einrichtung:
Adresse:

Nachfragende Person (Kind)

Name, ggf. Geburtsname:	Vorname:
Adresse:	Telefonnummer der Eltern:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit:*
Wohnverhältnisse: <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei: _____	Kranken- und Pflegeversicherung bei: (Name, Adresse und Versicherungsnummer)
Steuer-Identifikationsnummer:	

* Nachweis Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

Angehörige (die mit dem Kind im selben Haushalt leben)

	Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Familienstand
Mutter/ Pflegemutter*				
Vater/ Pflegevater*				

* Nichtzutreffendes bitte streichen

	Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Familienstand
Geschwister				
Geschwister				
Geschwister				

Weitere Familienangehörige bitte auf einem gesonderten Blatt erfassen

Sorgeberechtigt (falls abweichend)

Name, Vorname und Anschrift

Kostenträger für die Vollzeitpflege bzw. Erziehungsstelle

Behörde und Anschrift

Schwerbehinderung

Schwerbehinderung festgestellt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grad der Behinderung: _____ * Merkzeichen: _____

* bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen

Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____ <input type="checkbox"/> Einstufung in Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Beginn der Anerkennung: _____ *

* bitte Kopie des MDK-Gutachtens beifügen

Antragsbegründung

Ärztliche Diagnosen: *
Schildern Sie den Grund für die Beantragung der Leistung:

Erhält Ihr Kind zurzeit besondere Therapien, Förderangebote oder Hilfen?
<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Familienhilfe <input type="checkbox"/> Erziehungshilfe <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Tagesmutter <input type="checkbox"/> andere Hilfen: _____
Was macht Ihr Kind in der Freizeit? _____

* bitte Arzt- und Klinikberichte beifügen

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. Jugendhilfe erhalten bzw. bekommt Ihr Kind z. Z. derartige Leistungen?

Nein Ja, was/wann: _____

Von wem: _____

Seit wann lebt Ihr Kind im Bereich des Landkreises Wittmund? (bitte möglichst genau das Datum angeben)

Bei Zuzug: Wo haben Sie vorher gelebt und wie lange?

Seit _____ im Landkreis Wittmund.

Vorher _____

Ist die Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalls, Impfschadens, Gewalteinwirkung o. ä. eingetreten?

Nein Ja: _____

Bestehen Schadensersatzansprüche bzw. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz?

Nein Ja: – gegen wen? Name und Anschrift: _____

Mitwirkungspflicht

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich gemäß §§ 60 ff Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, umgehend zu melden.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Träger der Eingliederungshilfe berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber Anderen habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen den Anderen unmittelbar geltend machen kann.

Datenschutz

Auf die Datenschutzbestimmungen bin ich hingewiesen worden.

Schweigepflichtentbindung

Die Schweigepflichtentbindung ist Bestandteil des Antrages und ist als Anlage beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Sollten Sie Fragen bezüglich des Antrages haben oder Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich gerne an folgende Mitarbeiter der Eingliederungshilfe:

Frau Bruns Frau Hermes Frau Janssen Herr Peters Frau Siebert
04462/86 1352 04462/86 1317 04462/86 1318 04462/86 1316 04462/86 1397

Schweigepflichtentbindung

Als gesetzlicher Vertreter von:

Name des Kindes:	Vorname:
Adresse:	Geburtsdatum:

entbinde/n ich/wir folgende Ärzte und Institutionen:

Gesundheitsamt	Landkreis Wittmund, Gesundheitsamt Dohuser Weg 12b, 26409 Wittmund
Jugendamt	Landkreis Wittmund, Jugendamt Dohuser Weg 34, 26409 Wittmund
Hausarzt	
Facharzt	
Therapeuten (z.B. Ergo-, Logo-)	
Schule/ Kindergarten	
Sonstige	

gegenüber der Eingliederungshilfestelle des Landkreise Wittmund, im Einzelnen

Frau Frauke Becker, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Herrn Bent Bogena, Hilfeplaner in der Eingliederungshilfe
Frau Margrit Bruns, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Herrn Holger Eilts, Hilfeplaner in der Eingliederungshilfe
Frau Insa Hermes, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Frau Kyra Janssen, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Frau Bianca Kopke, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Frau Lea-Marie Müller, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Herrn Helmut Peters, Sachbearbeiter in der Eingliederung
Frau Britta Siebert, Sachbearbeiterin in der Eingliederungshilfe

ausdrücklich von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit in Bezug auf

1. den Austausch über die Erkrankungen, Gesundheitsprobleme und Beeinträchtigungen meines/unseres Kindes
2. Übersendung der dort vorliegenden ärztlichen Befundberichte, Klinikberichte, Gutachten, Stellungnahmen, Entwicklungsberichte, Pflegedokumentationen usw.

Die Entbindung gilt wechselseitig.

Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Datenschutzrechtliche Hinweise

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt.

Die von Ihnen gemäß § 67a SGB X mit dem Antrag 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 §§ 67 ff. SGB X in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO ist der Landkreis Wittmund, Landrat Herr Heymann, Sozial- und Jugendamt, Abt. 50.3, Am Markt 9, 26409 Wittmund, Fax: 04462/86-1313, Tel.: 04462/86-01, E-Mail: sozialamt@lk.wittmund.de.

Ihre Daten können von o. g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gemäß §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX).

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 jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

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

Den Datenschutzbeauftragten des o. g. Verantwortlichen erreichen Sie unter:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Landkreises Wittmund
Zweckverband KDO
Elsässer Straße 66
26121 Oldenburg
E-Mail: datenschutz@kdo.de

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden bezüglich der Datenverarbeitung an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden. Sie erreichen diese unter: Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511 - 120 4500 / Fax: 0511 - 120 4599, E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de.