

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

**Beantragte Leistung**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Integrationskindergarten       | <input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____       |
| <input type="checkbox"/> Tagesbildungsstätte            |   |

**Leistungserbringer (der beantragten Hilfe)**

|                       |
|-----------------------|
| Name der Einrichtung: |
| Adresse:              |

**Nachfragende Person (Kind)**

|  |   |
|--|---|
| Name, ggf. Geburtsname:  | Vorname:  |
| Adresse:   | Telefonnummer der Eltern:   |
| Geburtsdatum:  | Geburtsort:   |
| Geschlecht:<br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | Staatsangehörigkeit:*   |
| Wohnverhältnisse:<br><input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei: _____                   | Kranken- und Pflegeversicherung bei:<br>(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/<br>Pflegemutter* |                                 |                             |                     |               |
| Vater/<br>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<br><input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____<br><input type="checkbox"/> Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____<br><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

|  |
|--|
| 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<br><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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird Ihr Kind am Mittagessen teilnehmen? (sofern dieses angeboten wird)

Ja, ab Aufnahme  Ja, ab \_\_\_\_\_  Nein

Durch den Aufenthalt Ihres Kindes in der vorgenannten Einrichtung sparen Sie Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt ein, da Ihr Kind dort an der Mittagsverpflegung teilnimmt. Ich weise darauf hin, dass Sie in Höhe dieser Einsparungen einen Kostenbeitrag zu leisten haben.

**Anspruch auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe**

Haben Sie einen Anspruch auf Leistungen zur Bildung und Teilhabe (SGB II-Leistungen vom Jobcenter, Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII, Wohngeld oder Kinderzuschlag)?

Nein  Ja, folgende Leistungen: \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie unbedingt den aktuellen Bescheid vor. Sofern Sie eine dieser Leistungen erhalten, sind Sie von dem Kostenbeitrag für das Mittagessen befreit.

#### 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 beigefügt.

\_\_\_\_\_  
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<br>Dohuser Weg 12b, 26409 Wittmund |
| Jugendamt                          | Landkreis Wittmund, Jugendamt<br>Dohuser Weg 34, 26409 Wittmund       |
| Hausarzt                           |   |
| Facharzt                           |   |
| Therapeuten (z.B.<br>Ergo-, Logo-) |   |
| Schule/<br>Kindergarten            |   |
| Sonstige                           |   |

gegenüber der Eingliederungshilfestelle des Landkreise Wittmund, im Einzelnen

Frau Frauke Becker, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe  
Herrn Bent Bogena, Hilfeplanerin 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](mailto: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](mailto: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](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de).

Bitte lösen Sie dieses Blatt vom restlichen Antrag und nehmen es zu Ihren persönlichen Unterlagen!