

Landratsamt Kyffhäuserkreis - Jugend- und Sozialamt -

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß §§ 102, 113 i. V. m. § 78 oder § 79 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)	Ausgangsstempel Behörde:
Frühförderung in Form von heilpädagogischen Leistungen oder einfachen Assistenzleistungen	Eingangsstempel Behörde:

Personalien des zu fördernden Kindes:

Name, Vorname(n)
Geburtsdatum, Geburtsort
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Seit wann ist das Kind unter dieser Anschrift behördlich gemeldet?
Steueridentifikationsnummer
Geschwister (Name, Geburtsdatum, bereits etablierte Hilfen)

Personalien der Sorgeberechtigten:

	Mutter/Pflegemutter*	Vater/Pflegevater*
Familiename, ggf. Geburtsname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Telefonnummer		
Emailadresse		
Sind Sie berufstätig?		
Wer ist sorgeberechtigt?*		
Vormund/Betreuer (Ausweis in Kopie beifügen)		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (für Ausländer)		
Ausweisnummer		

* *Im Falle einer Pflegschaft oder bei speziellen Regelungen zum Sorgerecht sind dem Antrag Nachweise darüber einzureichen, speziell für die Gesundheitssorge und das Recht auf Antragstellung.*

Anderweitige Ansprüche, insbesondere Versicherungs- und Versorgungsansprüche:

	des Kindes	des Vaters	der Mutter
1. Es bestehen Ansprüche gegenüber folgender Krankenkasse bzw. wir sind versichert bei der folgenden Krankenkasse:	Kind versichert über <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	Name und Anschrift der Krankenkasse	Name und Anschrift der Krankenkasse
	Versicherungsnummer:	Versicherungsnummer:	Versicherungsnummer:
2. Bestehen Ansprüche aus einer gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung? (Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft, Art des Anspruchs, Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen
3. Bestehen Ansprüche gegenüber einer privaten Versicherung? (Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft, Art des Anspruchs, Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen
4. Bestehen Ansprüche aus dem Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundesseuchengesetz? (Name, Anschrift, Art, Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen
5. Bestehen beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche? (Name und Anschrift der Beihilfestelle, Art des Anspruchs, Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nähere Erläuterungen
7. Grad der Behinderung: seit wann: Merkzeichen:			
8. Pflegegrad: seit wann:			
9. Hat Ihr Kind bereits früher Sozialhilfe oder Eingliederungshilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zeitraum:	
	durch welche/s Amt/Behörde (durch wen bewilligt):		
	durch welche/n Träger/Einrichtung (durch wen erbracht):		

B I T T E N A C H W E I S E I N K O P I E B E I F Ü G E N

Erklärung

Ich versichere/wir versichern, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache/n und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückgezahlt werden müssen. Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere der Aufenthaltsverhältnisse meines/unseres Kindes, werde ich/werden wir unaufgefordert sofort dem örtlichen Träger der Eingliederungshilfe melden.

Unterschriften der Sorgeberechtigten

Ort, Datum Sorgeberechtigter Vater Sorgeberechtigte Mutter Vormund/Betreuer

Anlagen

Schweigepflichtsentbindung, Einwilligung zur Übermittlung v. Unterlagen, Angaben zum Kind, Begleitende Hilfen, Datenschutzerklärung

Angaben zum Kind - aus Sicht der Sorgeberechtigten:

1. Beschreibung Ihres Kindes im häuslichen Umfeld mit dessen Besonderheiten: (Eine kurze Darstellung ist dringend erforderlich!)

2. In welchem Bereich bemerken Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?

Bereich

seit wann:

körperliche Entwicklung

Bewegungsentwicklung

geistige Entwicklung/Lernen

Sprache

Verhalten/sozial-emotionale Entwicklung

sinnesspezifische Entwicklung - Hören

sinnesspezifische Entwicklung - Sehen

sonstiges:

Begleitende Hilfen:

<u>Ärztliche Versorgung</u>	<u>Name/Anschrift</u>	<u>Tel.-Nr.</u>	<u>Einzureichende Unterlagen</u>
Kinderarzt/-ärztin			<ul style="list-style-type: none"> Empfehlung für Frühförderung mit Diagnose (<i>entschließend Test- und Diagnostikunterlagen, die zur Empfehlung für Frühförderung geführt haben</i>) Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen (<i>Kopien aus dem Kinder-Untersuchungsheft</i>) Gutachten Arztbriefe/-berichte Gutachten Arztbriefe/-berichte Testberichte (unter anderem von den Therapeuten)
bereits aufgesuchte Fachärzte (z. B. HNO-Arzt, Neurologe), Psychologen			
bereits aufgesuchte medizinische, sozialpädiatrische o. ähnliche Einrichtungen (z.B. SPZ, MVZ)			
<u>Weitere in Anspruch genommene Hilfen</u>			
Ergotherapie			<ul style="list-style-type: none"> Therapieberichte
Physiotherapie			<ul style="list-style-type: none"> Therapieberichte
Logopädie			<ul style="list-style-type: none"> Therapieberichte
Psychotherapie			<ul style="list-style-type: none"> Therapieberichte
Familienberatung			<ul style="list-style-type: none"> Termine: _____
Orthopädietechnik			<ul style="list-style-type: none"> Mitteilung über verordnete Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Brille, Hörgerät, Orthesen)
Krankenhausaufenthalte (einschließlich Operationen → wann u. welche)			<ul style="list-style-type: none"> Arztbriefe/-berichte Therapieberichte
Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Kur)			<ul style="list-style-type: none"> Arztbriefe/-berichte Therapieberichte
Präventive Entwicklungsunterstützung			<ul style="list-style-type: none"> Berichte
weitere Hilfen vom Jugendamt (z. B. Hilfen zur Erziehung)			<ul style="list-style-type: none"> Berichte
Sonstiges			<ul style="list-style-type: none"> Berichte
<u>Zur Zeit besuchte Kindertageseinrichtung</u> (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Ganztagsplatz <input type="checkbox"/> Halbtagsplatz <input type="checkbox"/> Kindertagespflege			<ul style="list-style-type: none"> In welcher Form wurde dort durch die Pädagogen Entwicklungsunterstützung geleistet? aktueller Entwicklungsbericht (von Kita einholen)

EINWILLIGUNG

zur Übermittlung des

Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Gutachten des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

von

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Anschrift

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von
Eingliederungshilfeleistungen gegenüber

der Pflegekasse

dem Träger der

Eingliederungshilfe

dem Träger der
Kriegsopferfürsorge

erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung des oben angegebenen Gutachtens.

Ich wurde auf meine in §§ 60 ff. geregelten Pflichten zur Mitwirkung, auf die Grenzen der Mitwirkungen (§ 65 SGB I) und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 66 SGB I) hingewiesen. Des weiteren wurde ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Übermittlung des Gutachtens an den oben genannten Leistungsträger nach § 35 SGB I in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X zulässig ist.

Ich wurde in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich auf mein in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X geregeltes Widerspruchsrecht zu Beginn des Antragsverfahrens hingewiesen, von dem ich keinen Gebrauch mache.

Ort, Datum

Unterschrift

Zu-/Vorname des Kindes: _____ geb. am: _____

Straße, Haus-Nr. des Kindes: _____

PLZ, Wohnort des Kindes: _____

Schweigepflichtsentbindung

(§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuches X – Verwaltungsverfahren)

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass das Landratsamt Kyffhäuserkreis die für die Bearbeitung meines/unseres Antrages auf:

Eingliederungshilfe gemäß §§ 102, 113, i. V. m. § 78 oder § 79 SGB IX

erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich/uns bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Gutachten, Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, im notwendigen Umfang zur Einsicht bezieht bzw. an Behörden, weiterleiten darf, sofern dies in unmittelbarem Zusammenhang mit der beantragten Hilfe erforderlich ist.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen.

Die Schweigepflichtentbindung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich/wir genehmige/n die Verwertung dieser Unterlagen und entbinde/n die beteiligte/n Person/en, aus der/den oben genannten Institution/en, von ihrer Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich nicht auf:

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigter Vater

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift Vormund/Betreuer

Zu-/Vorname des Kindes: _____ geb. am: _____

Straße, Haus-Nr. des Kindes: _____

PLZ, Wohnort des Kindes: _____

Schweigepflichtsentbindung

(§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuches X – Verwaltungsverfahren)

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass das Landratsamt Kyffhäuserkreis die für die Bearbeitung meines/unseres Antrages auf:

Eingliederungshilfe gemäß §§ 102, 113, i. V. m. § 78 oder § 79 SGB IX

erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich/uns bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Gutachten, Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, im notwendigen Umfang zur Einsicht bezieht bzw. an Behörden, weiterleiten darf, sofern dies in unmittelbarem Zusammenhang mit der beantragten Hilfe erforderlich ist.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen.

Im Konkreten entbinde/n ich/wir folgende Institution/Personen von der Schweigepflicht:

Name und Anschrift der Institution

Die Schweigepflichtentbindung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich/wir genehmige/n die Verwertung dieser Unterlagen und entbinde/n die beteiligte/n Person/en, aus der oben genannten Institution, von ihrer Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich nicht auf:

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigter Vater

Unterschrift Vormund/Betreuer

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

- FÜR IHRE UNTERLAGEN -

**Information zur Erhebung von personenbezogenen Sozialdaten
gem. Art. 13, 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

Der Schutz Ihrer Sozialdaten, welche für Zwecke der Antrags-, Gutachten-, und Widerspruchsbearbeitung, benötigt und verarbeitet werden, ist gewährleistet. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den gem. Art. 6 Abs. 1 Buchst. c und/oder e und Art. 9 Abs. 2 Buchst. b der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) angepassten Vorschriften in §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden vom zuständigen Jugend- und Sozialamt elektronisch und in Papierform gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung Ihrer Daten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten und variiert (je Leistungsart) zwischen ein und zehn Jahren nach Beendigung des Falles.

Eine automatisierte Entscheidungsfindung im Verwaltungsprozess und bei der Verarbeitung erfolgt nicht.

Wenn das Jugend- und Sozialamt Auskünfte von Dritten benötigt, ist dafür Ihre Einwilligungserklärung, die jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, erforderlich.

Kontaktdaten des zuständigen Leistungsträgers:

**Landratsamt Kyffhäuserkreis
Jugend- und Sozialamt
Markt 8
99706 Sondershausen
☎ 03632 741 561
☎ 03632 741 88 561
✉ jus@kyffhaeuser.de**

Kontaktdaten des/der Datenschutzbeauftragten:

**Landratsamt Kyffhäuserkreis
Markt 8
99706 Sondershausen
☎ 03632 741 521
☎ 03632 741 135
✉ datenschutz@kyffhaeuser.de**

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Art. 15 – 22 DS-GVO i.V.m. §§ 83 – 84 SGB X zu:

- Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten.
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person.
- Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrages führen.
- Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.

Weiterhin steht Ihnen gem. Art. 13 Abs. 2d DS-GVO ein Beschwerderecht bei folgender Stelle zu:

**Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Häßlerstr. 8
99096 Erfurt
☎ 0361 573112900
☎ 0361 573112904
✉ poststelle@datenschutz.thueringen.de**

Sie nehmen hiermit zur Kenntnis, dass Ihre Sozialdaten, die dem Jugend- und Sozialamt vorliegen und/oder aufgrund Ihrer Einwilligungserklärung zugehen, an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger etc.) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung gem. der Sozialgesetzbücher, übermittelt werden dürfen.

Einer solchen Weitergabe kann jederzeit ohne Angaben von Gründen formlos widersprochen werden.