

Landratsamt Kyffhäuserkreis

- Jugend- und Sozialamt -

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß §§ 102, 75, 112 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) <p style="text-align: center;">für Leistungen zur Teilhabe an Bildung</p>	Ausgangsstempel Behörde: <hr/> Eingangsstempel Behörde:
--	--

Personalien des zu unterstützenden 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		
Wer ist sorgeberechtigt?*		
(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 Gesundheitsvorsorge und das Recht auf Antragstellung.*

Angaben zur aktuell besuchten Schule des Kindes bzw. der aufnehmenden Schule:

Name				
Anschrift				
Telefonnummer				
Emailadresse				
derzeitiges Schuljahr bzw. voraussichtliches Einschulungsjahr				
Erfolgte bereits eine sonderpädagogische Begutachtung?		ja		nein
Erfolgte bereits eine sonderpädagogische Beschulung?		ja		nein

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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	nähere Erläuterungen	nähere Erläuterungen	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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	nähere Erläuterungen	nähere Erläuterungen	nähere Erläuterungen
4. Bestehen Ansprüche aus dem Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundesseuchengesetz? (Name, Anschrift, Art, Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	nähere Erläuterungen	nähere Erläuterungen	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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	nähere Erläuterungen	nähere Erläuterungen	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

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

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

Straße, Haus-Nr. des Kindes: _____

PLZ, Wohnort des Kindes: _____

Schweigepflichtentbindung

(§§ 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, 75, 112 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

EINWILLIGUNG

zur Übermittlung des

Gutachtens/sonstige Unterlagen der Krankenkassen

Gutachtens/sonstige Unterlagen des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

von

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum, Geburtsort des Kindes

Anschrift des Kindes

zur Prüfung und Feststellung meines/unseres Anspruches auf Gewährung von Leistungen gegenüber

- der Krankenkassen
- der Pflegekassen
- der Unfallkasse
- dem Träger der Sozialhilfe
- dem Träger der Jugendhilfe
- dem Träger der Kriegsopferfürsorge

erteile/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Übermittlung der oben angegebenen Gutachten/sonstigen Unterlagen.

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

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigter Vater

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift Vormund/Betreuer

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?

<u>Bereich</u>	<u>seit wann:</u>
<input type="checkbox"/> körperliche Entwicklung	_____
<input type="checkbox"/> Bewegungsentwicklung	_____
<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung/Lernen	_____
<input type="checkbox"/> Sprache	_____
<input type="checkbox"/> Verhalten/sozial-emotionale Entwicklung	_____
<input type="checkbox"/> sinnesspezifische Entwicklung - Hören	_____
<input type="checkbox"/> sinnesspezifische Entwicklung - Sehen	_____
<input type="checkbox"/> sonstiges:	_____

3. Begründen Sie die Notwendigkeit des Einsatzes eines Integrationshelfers:

(Eine kurze Darstellung ist dringend erforderlich!)

Begleitende Hilfen:

<u>Ärztliche Versorgung</u>	<u>Name/Anschrift</u>	<u>Tel.-Nr.</u>	<u>Einzureichende Unterlagen</u>
Haus-/Kinderarzt/-ärztin			<ul style="list-style-type: none"> • Arztberichte/Gutachten • Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen (<i>Kopien aus dem Kinder-Untersuchungsheft</i>)
bereits aufgesuchte Fachärzte (bspw. HNO-Arzt, Neurologe), Psychologen			<ul style="list-style-type: none"> • Gutachten • Arztbriefe/-berichte
bereits aufgesuchte medizinische, sozialpädiatrische oder ähnliche Einrichtungen (bspw. SPZ, MVZ)			<ul style="list-style-type: none"> • Gutachten • Arztbriefe/-berichte • Testberichte (unter anderem von den Therapeuten)
<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 (bspw. Rollstuhl, Brille, Hörgerät, Orthesen)
Krankenhausaufenthalte (einschließlich Operationen → wann und welche)			<ul style="list-style-type: none"> • Arztbriefe/-berichte • Therapieberichte
Rehabilitationsmaßnahmen (bspw. Kur)			<ul style="list-style-type: none"> • Arztbriefe/-berichte • Therapieberichte
weitere Hilfen v. Jugendamt (bspw. Hilfen z. Erziehung)			<ul style="list-style-type: none"> • Berichte
Sonstiges			<ul style="list-style-type: none"> • Berichte
<u>Zur Zeit besuchte Schule bzw. Schule in der das Kind angemeldet ist</u> (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Regel-, Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Förderzentrum			<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der vorgehaltenen schulischen Hilfen • Einschätzung der Schule zum Bedarf des Kindes (wenn das Kind bereits diese Schule besucht) • Aktuelles Gutachten zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs

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.