

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Form heilpädagogischer Leistungen an Kinder ab Geburt bis zur Einschulung

Folgende heilpädagogische Leistung wird beantragt (bitte ankreuzen):

- Frühförderung durch die Hausfrühförderung der Lebenshilfe Steinburg gGmbH
 Frühförderung durch _____
 heilpädagogische Förderung im Umfang von ____ FLS/Woche in (Name + Gruppe der KiTa)

 integrative Betreuung in (Name + Gruppe der KiTa)

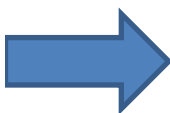
 einzelintegrative Betreuung in (Name + Gruppe der KiTa)

 Betreuung im heilpädagogischen Kindergarten der Lebenshilfe Steinburg gGmbH
 Autismusspezifische Förderung durch _____
 Sonstige durch _____

1. Angaben zum Kind:		<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	(bitte 1.1 ausfüllen!)
Name, Vorname		Geburtsdatum		Geschlecht
PLZ, Wohnort		Straße, Hausnummer		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
zugezogen am	von	seit Geburt dort wohnhaft		
Staatsangehörigkeit (Kopie Ausweis bzw. Aufenthaltsdokument beifügen!)	krankenversichert bei	<input type="checkbox"/> ja		
1.1 Unterbringung in einer Pflegefamilie/Pflegestelle				
Zuständiges Jugendamt:			dortiges Aktenzeichen:	
Sachbearbeiter/in:			Telefonnummer:	

2. Angaben zu den Haushaltsangehörigen			
Vater			
Name, Vorname		Telefonnummer tagsüber erreichbar	Geburtsdatum
PLZ, Wohnort		Straße, Hausnummer	
Email	krankenversichert bei	Staatsangehörigkeit	
Mutter			
Name, Vorname		Telefonnummer tagsüber erreichbar	Geburtsdatum
PLZ, Wohnort		Straße, Hausnummer	
Email	krankenversichert bei	Staatsangehörigkeit	

3. Bereits erfolgte Diagnostik:		
Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt?	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann und warum? _____		
Wurde bei Ihrem Kind bereits eine umfassende Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja:		Wann:
<input type="checkbox"/>	Diagnostikzentrum (z.B. Pelzerhaken, WOI, Klinikum IZ)	
<input type="checkbox"/>	kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz/Praxis	
<input type="checkbox"/>	Neurologen/Psychologen	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
4. Welche Hilfen erhielt Ihr Kind bisher bzw. erhält es noch?		
	Von	Bis
Heilpädagogische Hilfen (Eingliederungshilfe)		
Logopädie/Sprachheiltherapie		
Ergotherapie		
Psychomotorik		
Psychotherapie/Spieltherapie		
Sonstige		



Bitte reichen Sie Kopien der Berichte von Fachärzten, die in der Regel Ihrem Kinderarzt vorliegen, mit ein! Bitte senden Sie auch andere Berichte beispielsweise von Therapeuten mit.

Anlagen:

- Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Sozialhilfeträger
- Bericht der Frühberatung /Kindertagesstätte
- ggf. Stellungnahmen/Gutachten von Diagnostikzentren, Fachärzten oder dem Kinderarzt
- ggf. Berichte von Logopäden, Physiotherapeuten
- ggf. Nachweis/Kopie des Schwerbehindertengrad/-ausweis
- ggf. Nachweis/Kopie über den Pflegegrad (MDK-Gutachten)
- ggf. Nachweis über den Aufenthaltsstatus
- Sonstiges: _____

Erklärung zur Datenschutzgrundverordnung:

Ich bin gem. Art. 13 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über verschiedene Details zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Leistungsgewährung informiert worden (Anhang) und ich bin drüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten zur Ermittlung eines Teilhabebedarfes und zur Berechnung von Leistungen in der EDV-Anlage gespeichert werden.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Elternteils/ Personensorgeberechtigten

5. Schweigepflichtentbindung für: _____

(Name/ Vorname des Kindes)

Allgemeines:

Mir ist bekannt, dass ich gemäß §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) dazu verpflichtet bin, alle Tatsachen anzugeben, die für die von mir beantragte Leistung erheblich sind. Wenn der zuständige Kostenträger Auskünfte durch Dritte einholen möchte, wird hierfür meine Zustimmung benötigt.

Ich wurde darüber informiert, dass es für das Kreissozialamt des Kreises Steinburg zur Entscheidung über meinen Antrag notwendig ist, Behandlungsunterlagen der von mir benannten Stellen einzusehen, zu speichern und ggf. an den jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zum Zwecke der Begutachtung zu übermitteln.

Wenn ich die nachfolgende Einverständniserklärung nicht unterzeichne oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufe und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes nicht oder nur teilweise möglich ist, kann dies zur Folge haben, dass die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt werden muss.

Die Unterzeichnung der Schweigepflichtentbindung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Begründung widerrufen werden.

Einverständniserklärung : *bitte Zutreffendes ankreuzen*

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Unterlagen an das Kreissozialamt des Kreises Steinburg übermittelt werden, wenn von dort eine Stellungnahme zum Vorliegen einer Behinderung angefordert werden muss.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Unterlagen an das Amt für Jugend, Familie und Sport des Kreises Steinburg übermittelt werden, sofern eine seelische Behinderung droht bzw. vorliegt oder ein jugendhilferechtlicher Bedarf zu prüfen ist.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Leistungserbringer und ggf. die Kindertagesstätte eine Kopie der Entscheidung erhalten, einschließlich der Diagnosen, Förderschwerpunkte und ggf. Gesamt - oder Teilhabeplanung.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich die Mitarbeiter des Kreises Steinburg die mit der Bearbeitung meines Antrages auf Eingliederungshilfe beschäftigt sind und die Fachkräfte aus pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Einrichtungen, die mit meinem Kind beschäftigt sind, sowie die Mitarbeiter der Kindertagesstätte bzw. des Leistungserbringers mit Informationen und Unterlagen austauschen. Insoweit entbinde ich die entsprechenden Personen wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Falls Sie Ihre Einverständniserklärung einschränken möchten, tragen Sie dies bitte hier ein:

Ort, Datum

X _____
Unterschrift des Elternteils/ Personensorgeberechtigten

Urschriftlich zurück:
Behörde
Kreis Steinburg
Kreissozialamt/Teilhabe + Eingliederungshilfe
Postfach 1632
25506 Itzehoe

Antrag HPM

Information über die Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

1. Wofür werden meine Daten verarbeitet?

Ihre Daten werden verarbeitet um

- a) Ihren individuellen Teilhabebedarf zu ermitteln,
- b) zu prüfen, ob die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe vorliegen
- c) die Leistungsgewährung mit den Trägern anderer Sozial- oder Teilhabeleistungen zu koordinieren,
- d) die Leistungen mit Ihrem Maßnahmeträger/ Ihren Maßnahmeträgern (z.B. der Werkstatt für behinderte Menschen, dem Anbieter für ambulante Betreuung) abzurechnen und
- e) den Nachrang der Eingliederungshilfe wiederherzustellen.

2. Auf welcher Rechtsgrundlage werden meine Daten verarbeitet?

Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 e in Verbindung mit Abs. 2 DSGVO in Verbindung mit §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verarbeitet.

3. Wer erhält meine Daten?

Zu den oben genannten Zwecken werden Ihre Daten evtl. weitergegeben an Träger anderer Sozial- oder Rehabilitationsleistungen (z.B. Kranken- oder Pflegekasse, die Rentenversicherung), das Sozialamt des Kreises Steinburg oder das Sozialamt Ihres Wohnortes, Unterhalts- oder Kostenerstattungspflichtige usw.

Es werden selbstverständlich nur so viele Daten weitergegeben, wie zum Erreichen des Zwecks erforderlich ist.

4. Bin ich verpflichtet, meine Daten preiszugeben?

Gemäß § 60 Abs. 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Sie haben daher alle Daten preiszugeben, die ich benötige, um im Rahmen des Gesamtplanverfahrens Ihren Bedarf an Rehabilitations- und Leistungsträgern zu entscheiden, die Gewährungsvoraussetzungen der infrage kommenden Leistungen zu prüfen und die Leistung zu erbringen.

5. Welche Folgen hat es, wenn ich meine Daten nicht preisgebe?

Wenn Sie Daten, die für die Leistung erheblich sind, nicht preisgeben und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird, kann ich die Leistung ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagen bis die Mitwirkung nachgeholt wurde, soweit die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind (§§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB I).