

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
in Form von heilpädagogischen Leistungen für Kinder
(§§ 53, 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 55 Abs. 2 Nr. 2 und 56 SGB IX)**

Folgende heilpädagogische Leistung wird beantragt (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Frühförderung durch die Hausfrühförderung der Lebenshilfe Steinburg gGmbH
<input type="checkbox"/> Frühförderung durch _____
<input type="checkbox"/> heilpädagogische Förderung im Umfang von ___ FLS/Woche in (Name + Gruppe der KiTa)

<input type="checkbox"/> integrative Betreuung in (Name + Gruppe der KiTa)

<input type="checkbox"/> einzelintegrative Betreuung in (Name + Gruppe der KiTa)

<input type="checkbox"/> Betreuung im heilpädagogischen Kindergarten der Lebenshilfe Steinburg gGmbH
<input type="checkbox"/> Autismusspezifische Förderung durch _____
<input type="checkbox"/> Sonstige durch _____

1. Angaben zum Kind: **leibliches Kind** **Pflegekind** **(bitte 1.1 ausfüllen!)**

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geschlecht
_____		_____	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ, Wohnort		Straße, Hausnummer	
_____		_____	
zugezogen am	von	seit Geburt dort wohnhaft	
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	
Staatsangehörigkeit (Kopie Ausweis bzw. Aufenthaltsdokument beifügen!)	krankenversichert bei	Pflegegrad (Bitte Bescheid beifügen!)	
_____	_____	_____	

1.1 Unterbringung in einer Pflegefamilie/Pflegestelle

Zuständiges Jugendamt:	dortiges Aktenzeichen:
_____	_____
Sachbearbeiter/in:	Telefonnummer:
_____	_____

2. Angaben zu den Haushaltsangehörigen

Vater		
Name, Vorname	Telefonnummer	Geburtsdatum
_____	_____	_____
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer	
_____	_____	
beschäftigt als		bei
_____		_____
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	
_____	_____	

Mutter		
Name, Vorname	Telefonnummer	Geburtsdatum
_____	_____	_____
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer	
_____	_____	
beschäftigt als		bei
_____		_____
Staatsangehörigkeit	krankenversichert bei	
_____	_____	

sonstige Haushaltsangehörige (weitere Kinder, Großeltern etc.)						
Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverh. zu 1. (Kind)	Familienstand	Staatsangehörigkeit	Beruf

Ich bin bereit, mit meinem Kind die vorgeschlagene Maßnahme durchzuführen und verpflichte mich, sie auch ordnungsgemäß einzuhalten. Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis im Zuge des Bewilligungsverfahrens den beteiligten Stellen zugeleitet wird.

Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen haben. Ich bin verpflichtet, jede Veränderung der Familien- und Wohnverhältnisse des Kindes unverzüglich und unaufgefordert dem Kreissozialamt mitzuteilen.

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Die Anlage M (Mitwirkungspflichten) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/ Personensorgeberechtigten

3. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass der/die zuständige Sachbearbeiter/in des Sozialamtes medizinische Unterlagen anfordern kann, soweit sie entscheidungsrelevant sind.

Gleichzeitig entbinde ich die behandelnden bzw. begutachtenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/ Personensorgeberechtigten

Urschriftlich zurück:

Behörde
Kreis Steinburg
Kreissozialamt/Eingliederungshilfe
Postfach 1632
25506 Itzehoe

Antrag HPM

**Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
 Leistung zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Satz 3 SGB IX
hier: teilstationäre Sprachheilintensivmaßnahme "Komm & Sprich"**

1. Angaben zum Kind: <input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind (bitte 1.1 ausfüllen!)		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer	
zugezogen am	von	seit Geburt dort wohnhaft <input type="checkbox"/> ja
Staatsangehörigkeit (Kopie Ausweis bzw. Aufenthaltsdokument beifügen!)	krankenversichert bei	Pflegegrad (Bitte Bescheid beifügen!)
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	

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 Fehrschule eine Kopie der Entscheidung erhält, 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 Sprachheilintensivmaßnahme 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 KUS

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).