



**Antrag auf Gewährung von Leistungen/Hilfen der Eingliederungshilfe
 nach dem SGB IX/ § 35 a SGB VIII**

Beantragte Hilfe: _____

Persönliche Daten	Kind/Jugendliche(r)
Name	
Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Staatsangehörigkeit (Aufenthaltsstatus)	
Anschrift (gewöhnlicher Aufenthalt)	
Aufenthalt (letzte 6 Monate)	
Krankenversicherung	
Name und Ort der Schule/ Kita	
Liegt eine Behinderung vor bzw. gibt es Anzeichen dafür? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Art der Behinderung: <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> seelisch ggf. Pflegegrad: _____	
Wurde bereits Jugendhilfe/ Eingliederungshilfe in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wo?	

Persönliche Daten	Elternteil 1	Elternteil 2
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit (Aufenthaltsstatus)		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse		
Anschrift (gewöhnlicher Aufenthalt)		
Familienstand		
Rechtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kindergeldberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Besteht eine Vormundschaft/ Pflegschaft/ Beistandschaft? Ja Nein

Die Vormundschaft/ Pflegschaft/ Beistandschaft umfasst folgende Bereiche:

Wurde bereits ein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft?

Ja, es wurde folgender Förderschwerpunkt festgestellt:

- Hören
- Sehen
- Autismus
- Lernen
- Sonstiges _____
- Sprache
- Geistige Entwicklung
- Körperlich-motorische Entwicklung
- Soziale-emotionale Entwicklung

Nein

Liegt ein sonderpädagogischer Förderplan/ Nachteilsausgleich vor? ja nein
(Bitte beifügen)

Bei meinem/unserem Kind wurden folgende fachärztliche Untersuchungen durchgeführt: (Bitte Unterlagen beifügen!)

Name	Datum
<input type="checkbox"/> Kinderzentrum Pelzerhaken	
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum, Lübeck (UKSH)	
<input type="checkbox"/> Werner Otto Institut, Hamburg	
<input type="checkbox"/> Institut für Neuro- und Sozialpädiatrie HH-Ost	
<input type="checkbox"/> Zentrum für Kindesentwicklung (Institut Flehmig)	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis	
<input type="checkbox"/> Autismusinstitut	
<input type="checkbox"/> Kontrollen im Krankenhaus	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Bei meinem/unserem Kind liegen folgende ärztliche Diagnosen vor:

- _____ vom _____ (Datum)

Mein/Unser Kind erhält zurzeit folgende ergänzende Maßnahmen:

- Förderzentrum Sehen/Hören/Autismus
- Ergotherapie
- Logopädie
- Sonstiges: _____
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Leistungen des Jugendamtes

Auf die Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches (SGB) I bin ich hingewiesen worden, das entsprechende Merkblatt habe ich erhalten. Mir ist bekannt, dass eine Bearbeitung dieses Antrages nur bei vollständigen Angaben und Vorlage eventuell erforderlicher Gutachten/Unterlagen erfolgen kann.

Schweigepflichtentbindungen

zwischen

vollständige(r) Name(n) beider Elternteile bzw. der/des Sorgeberechtigten

und

dem Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche des Kreises Stormarn.

Die Mitarbeitenden des Fachdienstes Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche werden ermächtigt, Auskünfte bei den folgenden Institutionen/ Personen/ Ärzten einzuholen.

Bitte namentlich benennen

- Kindergarten: _____
 - Schule: _____
 - Hausarzt: _____
 - Kinderarzt: _____
 - Kinder-/Jugendpsychiater/-psychotherapeut: _____
 - Zuständiges Jugendamt: _____
 - Sonstige: _____
- _____
- _____

(Hinweis: die Kontaktaufnahme dient der Überprüfung des Entwicklungsverlaufes sowie dem Informationsaustausch zur Sicherstellung und Umsetzung der erforderlichen Hilfe)

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die von uns eingereichten Unterlagen und Berichte im Bedarfsfall zur Feststellung einer Behinderung an den Fachdienst Gesundheit weitergeleitet werden. Gleichzeitig entbinde/n ich/wir auch den Fachdienst Gesundheit hinsichtlich der Feststellung einer Behinderung/Störung oder der Beantwortung von medizinischen Fragen, die im Zusammenhang mit dem Antrag stehen, von der Schweigepflicht gegenüber dem Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche des Kreises Stormarn.

Gleichermaßen entbinde(n) ich/wir den Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche von seiner Schweigepflicht gegenüber den o.g. Institutionen bzw. Personen.

Mir/uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungen freiwillig erfolgen und jederzeit von mir/uns widerrufen werden können. Der Widerruf ist an den Kreis Stormarn, FD Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche, Reimer-Hansen-Straße 3, 23843 Bad Oldesloe zu richten.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der/des Sorgeberechtigten

Mit den erteilten Schweigepflichtentbindungen tragen Sie zu einer optimalen Ermittlung und Abstimmung des notwendigen Unterstützungsbedarfes zwischen den beteiligten Stellen bei. Weiterhin können durch direkte Nachfragen bei den beteiligten Stellen Bearbeitungszeiten verkürzt werden.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Nach § 26 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG), veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein (GVBl 4/2000, S. 169 ff) sind Betroffene bereits bei der Erhebung ihrer Daten in geeigneter Weise aufzuklären über:

- die datenverarbeitende Stelle
- den Zweck und die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung
- die Folgen der Nichtbeantwortung, wenn die Angaben für die Gewährung der Leistung erforderlich sind
- die Rechte nach diesem Gesetz
- den Empfängerkreis bei beabsichtigten Übermittlungen und
- die Auftragnehmer bei beabsichtigter Datenverarbeitung im Auftrag

Aus diesem Grund erhalten Sie die folgenden Informationen schriftlich zur Kenntnis.

Die von Ihnen bereitgestellten Daten werden vom Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche ausschließlich für die Bewilligung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) verarbeitet. Die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist in § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) enthalten. Ihre Daten werden auf folgende Weise gespeichert:

- Akte des Fachdienstes Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche
- EDV-Verfahren, in dem die Abrechnung der Hilfe und ggf. die Berechnung der Kostenbeteiligung erfolgt.
- EDV-Verfahren der Kreiskasse Stormarn

Bei Fragen können Sie sich an das unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Postfach 7121, in 24171 Kiel oder an die/den Datenschutzbeauftragte/n der Kreisverwaltung Stormarn, 23840 Bad Oldesloe (Tel. 04531/160-0), wenden.

Aus den §§ 27 bis 30 LDSG stehen Ihnen weitere Rechte zu. Nach § 27 LDSG ist Ihnen auf Antrag Auskunft zu erteilen u.a. über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, über den Zweck und die Rechtsgrundlage der Speicherung. Personenbezogene Daten sind nach § 28 LDSG zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind und zu löschen, wenn ihre Speicherung unzulässig oder ihre Kenntnis für die datenverarbeitende Stelle zur Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich ist. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen nach § 29 LDSG das Recht zu, Einwand gegen die Verarbeitung Ihrer Daten im Allgemeinen oder gegen bestimmte Formen der Verarbeitung zu erheben. Nach § 30 LDSG ist die datenverarbeitende Stelle zu Schadenersatz verpflichtet, wenn einem Betroffenen durch eine unrichtige oder unzulässige Verarbeitung seiner Daten ein Schaden entsteht.

Der vollständige Text des LDSG kann während der Geschäftszeiten im Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche, Mommsenstraße 11, 23843 Bad Oldesloe, eingesehen werden.

Im Falle einer Kostenbeteiligung werden Ihr Name und Ihre Anschrift der Kreiskasse Stormarn mitgeteilt.

Sie werden darauf hingewiesen, dass der Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche berechtigt ist, Ansprüche, die Sie gegenüber anderen Leistungsträgern haben, im Rahmen der Kostenerstattung geltend zu machen. Eine Datenweitergabe kann zur Beteiligung von Dritten erforderlich sein.

Eine Beteiligung Dritter kann in folgendem Umfang erfolgen.

- Agentur für Arbeit (Erstattungsanspruch Arbeitslosengeld I, II, Berufsausbildungsbeihilfe)
- Familienkasse (Erstattungsanspruch Kindergeld)
- Sozialamt (Erstattungsanspruch Sozialhilfeleistungen, Sicherung der Krankenvorsorge, Erstattungsanspruch Wohngeld)
- Arbeitsgemeinschaft für Beschäftigung und Grundsicherung (siehe Agentur für Arbeit bzw. Sozialamt)
- Kreis Stormarn, Amt für Ausbildungsförderung (Erstattungsanspruch auf Bafög-Leistungen)
- Landesversicherungsanstalt (Erstattungsanspruch auf Leistungen der Rentenversicherung)
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Erstattungsanspruch auf Leistungen der Rentenversicherung)
- Krankenkasse (Erstattungsanspruch auf Leistungen der Krankenkasse, Anfrage Arbeitgeber und Arbeitsverdienst)
- Pflegekasse (Erstattungsanspruch auf Leistungen der Pflegekasse)
- Unterhaltspflichtige (Geltendmachung des Unterhaltsanspruches)
- Einwohnermeldeamt (Überprüfung der Personendaten, Anschrift)
- Arbeitgeber (Anfrage Arbeitsverdienst)
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Anfrage Krankenkasse, Arbeitgeber)
- Stationäre und ambulante Einrichtungen der Jugendhilfe (bei Gewährung von Jugendhilfeleistungen zur Durchführung dieser Leistungen)