

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII

Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald
Fachbereich Besondere Sozialhilfe
FB 210 – Frühe Eingliederungshilfe
Stadtstr. 2, 79104 Freiburg im Breisgau

Sachbearbeiter/-in:

Telefon: 0761 2187-0
Fax: 0761 2187-9999
E-Mail: besondere-sozialhilfe@lkbh.de

1. Maßnahme

1.1. Beantragte Maßnahme

Heilpädagogische Förderung für noch nicht eingeschulte Kinder	
Integration in d. allgemeinen Kindergarten / allgemeine Schule	
Schulkindergarten / Sonderschule in privater Trägerschaft	
Sonstiges, nämlich:	

1.2. Wo und durch wen soll die Förderung erfolgen? (soweit schon bekannt)

2. Daten des Kindes

Name		Vorname(n)		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum		Geburtsort		Staatsangehörigkeit
Anschrift				
Name der Krankenkasse		KV-Nr.		
krankenversichert	<input type="checkbox"/> über Vater	<input type="checkbox"/> über Mutter	<input type="checkbox"/> über andere Person	
falls privat krankenversichert: Entscheidung der Versicherung / Beihilfestelle über die Kostenübernahme		<input type="checkbox"/> beigefügt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	seit:	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung:	Merkmale:
Ist die Behinderung ursächlich auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen oder bestehen sonstige Ansprüche?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, es handelt sich um ein: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Sonstiges:_____			

3. Aufgrund welcher Beeinträchtigungen / Verhaltensweisen wird die o.g. Maßnahme für das Kind beantragt?

3.1. Kurze Schilderung der besonderen Situation aus Sicht der Eltern bzw. Sorgeberechtigten

3.2. Fachärztliche Stellungnahme

Eine fachärztliche Stellungnahme mit

- Diagnose / Diagnose begründenden Befunden,
- fachärztlichem Förder- und Behandlungsplan aus dem die notwendigen Therapien, Umfang und Dauer der beantragten Maßnahme ersichtlich sind,

ist dem Antrag beigelegt wird nachgereicht.

4. Bisherige bzw. zusätzliche Maßnahmen / Behandlungen (Bitte aktuelle Berichte beilegen)

Art		von – bis	Praxis / Einrichtung
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Logopädie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein		Art der Maßnahme:

5. Angaben zu den Eltern

Angaben zur Mutter		Angaben zum Vater	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum/ -ort		Geburtsdatum/ -ort	
Anschrift, seit		Anschrift, seit	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	
Staatsangehörigkeit		Staatsangehörigkeit	
Familienstand		Familienstand	
Beruf		Beruf	
→ Beamtin/Beamter		→ Beamtin/Beamter	
→ beihilfeberechtigt bei		→ beihilfeberechtigt bei	
→ Militärangehörige		→ Militärangehöriger	

Sorgerechtsinhaber:

Eltern Mutter Vater

Sonstige: _____ Pflegekind ja nein

6. Angaben zu Personen, die im gleichen Haushalt wohnen:

(Name, Geburtsdatum, Verwandtschaftsgrad)

7. Angaben zur derzeit besuchten Einrichtung (Kindergarten / Schule)

(Bitte aktuelle Berichte beilegen)

Name der Einrichtung	
Anschrift	
Ansprechpartner, Tel.-Nr.	

Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. gesetzl. Vertreters/in

Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald, Stadtstr. 2, 79104 Freiburg

EGH-Träger

AZ

Träger der Eingliederungshilfe: _____

AZ: _____

Formblatt HB/A

Ort, Datum

Zur Vorlage beim

Träger der Eingliederungshilfe _____

Staatliches Schulamt _____

Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII

Persönliche Angaben (vom/von der Antragsteller/in bzw. gesetzlichen Vertreter/in selbst auszufüllen)

Zuname, Vorname, Geburtsdatum

Wohnort, Straße, Kreis ggf. Telefon-Nummer

Letzter Beruf/Tätigkeit

Behandelnde/r Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten, Soziale Dienste

1. _____

2. _____

3. _____

Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten bzw. bei bestehendem Betreuungsverhältnis des Betreuers
(ggf. Kopie der Bestallungsurkunde beifügen)

Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB IX, SGB XII und zur Hilfeplanung benötigt.

Das Ergebnis des Verfahrens zur Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen mit Behinderung (HMB-W-Verfahren) ist Bestandteil der Dokumentation.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung:

- Hinweise zum Datenschutz gemäß Art. 13, 14 DS-GVO vom jeweiligen Verantwortlichen gesondert erhalten;

- Sie verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können.

Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 SGB I).

Einwilligungserklärung

Einholung von Auskünften/Untersuchungen

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen und Berichten, sowie Berichte weiterer beteiligter Therapeuten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen, Ärzten und Therapeuten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, nämlich

1. _____
2. _____
3. _____

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt, durch ein neurologisch/psychiatrisches Fachkrankenhaus/durch den Medizinisch-Pädagogischen Fachdienst Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und im Formblatt Hb dokumentiert werden.

Ja Nein

Übermittlung von Daten an den Träger der Eingliederungshilfe/das Staatliche Schulamt

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden. Sofern zur Erfüllung der Schulpflicht Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, bin ich damit einverstanden, dass die Daten zur gesundheitlichen Situation und zur Behinderung sowie ggf. die Angabe der zutreffenden Hilfebedarfsgruppe in Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren mit Internat bzw. am Heim dem zuständigen Staatlichen Schulamt übermittelt werden, da dieses über den sonderpädagogischen Bildungsanspruch bzw. über die Notwendigkeit einer Internats- bzw. Heimaufnahme schulrechtlich entscheidet.

Ja Nein

Weitergabe von Daten an andere Dritte (s. Text)

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger, an das Staatliche Schulamt und an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Fachdienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales) weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

Ja Nein

Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin, ferner, dass ich jederzeit gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Art. 21 DS-GVO Widerspruch einlegen kann.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen (siehe oben)!

Ja Nein

Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. gesetzl. Vertreters/in