

Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald
 Fachbereich Aktive Teilhabe und Pflege
 Stadtstraße 2
 79104 Freiburg im Breisgau



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe

für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Teilhabemanager/in oder Aktenzeichen (falls bekannt):	
---	--

Folgende Leistungen werden beantragt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung | <input type="checkbox"/> Schulkindergarten |
| <input type="checkbox"/> Integrationsbegleitung im Kindergarten | <input type="checkbox"/> privates SBBZ |
| <input type="checkbox"/> Integrationsbegleitung in der Schule | <input type="checkbox"/> Wohnheim/Internat |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Bestand bereits Kontakt zu einem Leistungserbringer/ einer heilpädagogischen Praxis?	<input type="checkbox"/> Ja, Leistungserbringer/heilpädagogische Praxis: _____ Möglicher Beginn der Maßnahme: _____ <input type="checkbox"/> Nein
---	--

1. Personendaten (Kind, Jugendliche/r, junge/r Volljährige/r)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	

Anschrift (Straße mit Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	
Derzeitiger Wohnort seit mehr als 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, vorherige Adresse: <hr/> <hr/>
Welche/r Kindergarten/Schule wird momentan besucht?	
Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Pflegeerlaubnis beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Art des Aufenthaltstitels (bitte Nachweis beilegen): _____ gültig bis: _____
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja, Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen: _____ gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wurden innerhalb der letzten 6 Monate Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten oder beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja, von folgendem Träger der Eingliederungshilfe (z.B. Stadt- oder Landkreis): _____ <input type="checkbox"/> Nein

2. Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten

	Elternteil 1	Elternteil 2
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Anschrift (Straße mit Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Familienstand		
Telefonnummer/Handynummer		
E-Mailadresse		

Wer hat das Sorgerecht?

Elternteil 1 Elternteil 2 Sonstige: _____

Bei Gesetzlicher Betreuung oder Vormundschaft:

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer/Handynummer	
E-Mailadresse	

3. Leistungen weiterer Rehabilitationsträger

<p>Erhalten Sie Leistungen anderer Rehabilitationsträger? (bitte Berichte beilegen, falls vorhanden):</p>	<p><input type="checkbox"/> Ergotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Logopädie</p> <p><input type="checkbox"/> Physiotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen der Jugendhilfe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
---	--

4. Vorrangige Leistungen

<p>Ist die Behinderung auf ein Verschulden Dritter zurückzuführen? (z. B. Impfschaden, Unfall etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, in welcher Form: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Bestehen Schadensersatzansprüche (z.B. Berufsgenossenschaft, Unfallkasse, Versicherungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, ggf. gegen wen: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Erhalten Sie Leistungen nach einem Entschädigungsgesetz (z.B. Soziales Entschädigungsgesetz)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>

5. Beschreiben Sie bitte kurz, aus welchem Grund Sie den Antrag stellen.

Beratung

Wenn Sie Fragen haben oder Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, können Sie sich gerne an uns wenden.

https://www.breisgau-hochschwarzwald.de/pb/Breisgau-Hochschwarzwald/Start/Familien+_Bildung/eingliederungshilfe+fuer+kinder+und+jugendliche.html

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 SGB IX

Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot. Das ergänzende Angebot erstreckt sich auf die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX.

Weitere Informationen erhalten Sie auf <https://www.teilhabeberatung.de>.

Des Weiteren können Sie Beratung und Unterstützung von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und von Angehörigen der rechtsberatenden Berufe, z.B. Rechtsanwälte und von sonstigen Stellen einholen.

Persönliches Budget

Es wird darauf hingewiesen, dass die Eingliederungshilfeleistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets gemäß § 29 SGB IX in Anspruch genommen werden können.

Bitte beachten Sie hierbei: Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung der Eingliederungshilfe, sondern nur eine bestimmte Form der Leistungserbringung.

Allgemeine Hinweise und Mitwirkungspflichten

Auf Ihre Mitwirkungspflicht nach § 60 des Sozialgesetzbuches Erster Teil (SGB I) weisen wir ausdrücklich hin. Hiernach hat jeder, der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Er hat ferner Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen. Er hat Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

Hinweis zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Landesdatenschutzgesetzes (LDStG). Rechtsgrundlage für die Erhebung sind Artikel 6 Abs. 1e DS-GVO i.V.m. §§ 67 ff Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X). Sie ist zulässig, da sie zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe erforderlich ist.

Weitere Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter www.lkbh.de/datenschutz

Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich durch dieses Antragsformular auf meine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Beantwortung aller Fragen hingewiesen wurde. Ich wurde auf meine Mitwirkungsverpflichtung nach den Sozialgesetzbüchern, insbesondere nach dem SGB IX sowie über die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung gem. § 66 SGB I belehrt. Ich verpflichte mich hierdurch, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen **ohne Aufforderung, unverzüglich und vollständig mitzuteilen.**

Ort und Datum

Unterschrift Antragssteller/in
(Kind, Jugendliche/r, junge/r
Volljährige/r)

Unterschrift Sorgeberechtigte/r,
Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r,
Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

Hinweis:

Sind beide Elternteile sorgeberechtigt, ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich.

Datenschutzerklärung für das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren in der Eingliederungshilfe

1. Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die Erhebung der persönlichen Daten sowie die nachfolgende Verarbeitung und Dokumentation für die Gesamt- und Teilhabeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB IX sowie der individuellen Hilfeplanung benötigt. Sie fließen daher entsprechend bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtplans nach §§ 19 – 23 SGB IX bzw. §§ 117 ff SGB IX mit ein.

2. Mitwirkungspflicht, Grenzen der Mitwirkung und Folgen fehlender Mitwirkung

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet sind z.B.:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen
- sich auf Verlangen zumutbaren 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.

Persönliche Angaben:

Name, Vorname Kind: _____

Adresse Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Bevollmächtigte/r: _____

Adresse Bevollmächtigte/r: _____

3. Einwilligungserklärung

3.1 Einholung von Auskünften

- a) Ich bin einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Untersuchungsunterlagen und sonstigen Berichten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten einholt.

Arzt/Facharzt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychiater/Psychologe:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
begutachtende Stelle:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schulamt:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kindertageseinrichtungen:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Agentur für Arbeit:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rentenversicherungsträger:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Integrationsfachdienst:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienstleister/Leistungserbringer:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medizinisch Pädagogischer Dienst Kommunalverband für Jugend u. Soziales (KVJS):		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

- b) Ich bin einverstanden, dass im Auftrag des Trägers der Eingliederungshilfe durch den Medizinisch-Pädagogischen Dienst des KVJS im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens Informationen und Daten, die für die Bearbeitung der Fragestellung erforderlich sind, erhoben und entsprechend dokumentiert werden.

Ja Nein

3.2 Weitergabe von Daten an Dritte

- a) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens nach SGB XII bzw. SGB IX (z.B. zur weiteren notwendigen Sachverhaltsklärung oder Vorbereitung einer Gesamtplan- bzw. Teilhabepankonferenz) erforderliche Daten, Ergebnisse von Gutachten etc. -an die weiteren beteiligten Rehabilitationsträger übermittelt.

Ja Nein

b) Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe im Vorfeld und im Rahmen der Erstellung und Fortschreibung des Gesamt- bzw. Teilhabepans erforderliche Daten, Ergebnisse von Gutachten an in Frage kommende Dienstleister (z.B. Einrichtungen, Dienste) übermittelt werden, soweit diese an der Erbringung der Hilfen bereits beteiligt sind oder künftig beteiligt werden sollen. Soweit als möglich werden die Daten in anonymisierter Form übermittelt.

Ja Nein

c) Ich bin damit einverstanden, dass die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen an andere öffentliche Stellen nach § 22 SGB IX, an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Dienst 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 SGB X).

Ja Nein

d) Ich bin damit einverstanden, dass durch den Träger der Eingliederungshilfe die im Verfahren zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den Medizinisch-Pädagogischen Dienst des KVJS weitergegeben werden, soweit dieser im Rahmen des Gesamt- und Teilhabepanverfahren einbezogen wird.

Ja Nein

4. 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 der fehlenden Mitwirkung (s. unter 1.) wurde ich hingewiesen.

Ja Nein

Die Datenschutzbestimmungen des Landratsamtes Breisgau-Hochschwarzwald und die Datenschutzhinweise (Art. 13 Datenschutzgrundverordnung) finden Sie unter www.breisgau-hochschwarzwald.de/.

Datum, Unterschrift des /der Leistungsberechtigten bzw. gesetzlichen Betreuung