

Landkreis Vechta Soziales und Integration Ravensberger Str. 20 49377 Vechta	Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Eingliederungshilfe für Kinder /Jugendliche -	Eingangs- stempel
--	---	----------------------

1. Beantragte Leistung der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Welche Maßnahme wird gewünscht?	Welche Einrichtung?	Zeitpunkt der geplanten Maßnahme

☐ Neuantrag ☐ Verlängerung

1.1 Antragsteller / Nachfragende Person (Kind)

Name, Vorname (bitte Kopie vom Ausweis / Pass beifügen)	Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	
Telefonnummer	Staatsangehörigkeit
Aufenthaltsstatus (bitte Kopie vom Aufenthaltstitel beifügen)	in Deutschland lebend seit

2. Vorgeschichte und aktuelle Situation

2.1 Wohnverhältnisse

Aktuelle Wohnsituation: ☐ im Familienverband ☐ in einer Pflegefamilie ☐ alleinlebend ☐ in einer Einrichtung Letzte Anschrift vor Aufnahme: _____ ☐ sonstiges _____	
Letzte Anschrift vor Zuzug in den Landkreis Vechta _____	bis: _____

Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen

2.2 Eltern

Elternteil Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	☐ leiblicher Elternteil ☐ Adoptiv- ☐ Pflegeelternteil ☐ verstorben am _____	Elternteil Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	☐ leiblicher Elternteil ☐ Adoptiv- ☐ Pflegeelternteil ☐ verstorben am _____
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Tel., Fax, E-Mail		Tel., Fax, E-Mail	
Tätigkeit / Beruf		Tätigkeit / Beruf	
Die Eltern sind ☐ verheiratet – zusammenlebend ☐ verheiratet – getrenntlebend ☐ geschieden ☐ unverheiratet – zusammenlebend ☐ unverheiratet – getrenntlebend ☐ verwitwet			
Elterliche Sorge / Vormundschaft / Pflegschaft ☐ Kindesmutter ☐ Kindesvater ☐ beide Elternteile ☐ Vormundschaft / Pflegschaft Beschluss vom _____ Az.: _____ (Bitte Nachweis beifügen)			

2.3 Zum Haushalt gehörende Personen (z. B. Geschwister)

Name, Vorname	Geb.-Datum	Bezug Kindergeld	Verwandtschafts-verhältnis	Tätigkeit / Beruf (z.B. Schüler/arbeitslos)
		☐ ja ☐ nein		
		☐ ja ☐ nein		
		☐ ja ☐ nein		
		☐ ja ☐ nein		
		☐ ja ☐ nein		

Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen

2.4 Vorschulische / Schulische Situation

	Name, Anschrift	von	bis
Krippe			
Kindergarten			
Hort			
Schule			
Ausbildung			
Sonstiges			

2.5 Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)

☐ SGB II Leistungen (Jobcenter) ☐ Wohngeld ☐ Kinderzuschlag ☐ keine der o.g. Leistungen	Hinweis: Bitte aktuellen Bescheid beifügen. Zur Prüfung einer eventuellen Reduzierung des Kostenbeitrags ist die Vorlage des Bescheides zwingend erforderlich siehe Punkt 8
☐ BaföG / BAB ☐ Krankengeld ☐ Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. Unfall-/Waisen-/Sonstige) ☐ Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) ☐ sonstiges: _____ ☐ keine der o.g. Leistungen	

Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen

3. Gesundheitliche Situation – aktuelle Diagnosen nach ICD-10

(Bitte Diagnosen / Berichte beifügen)

☐ keine Diagnosen / Berichte vorhanden

Diagnose / Beeinträchtigung	Festgestellt durch	am

4. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis

(Bitte eine Kopie des Bescheides **und** eine Kopie des Ausweises beifügen)

☐ keine Schwerbehinderung

☐ ist beantragt

☐ wurde abgelehnt

☐ ist ausgestellt bis _____

☐ unbefristet

GdB: _____

☐ Gleichstellung

Merkzeichen: _____

5. Mögliche Verursachung durch Dritte

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z.B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück?

☐ nein

☐ ja

Inanspruchnahme (Namen, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail)

- Sachverhaltsschilderung – evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.)

6. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

(Bitte Kopien vom Bescheid der Pflegekasse und vom aktuellen MDK-Gutachten beifügen)

☐ keine Einstufung

☐ Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am _____

☐ Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am _____

☐ Eingestuft Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Beginn der Anerkennung: _____

Pflegekasse: _____

Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen

7. Umweltfaktoren

7.1 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1631b BGB

☐ nein

☐ ja, durch Beschluss vom _____ Befristet bis _____

Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen: _____

7.2 Krankenversicherung

Krankenkasse (Name und Anschrift):

Mitgliedsnummer:

☐ freiwillig versichert

☐ pflichtversichert

☐ familienversichert

☐ privat versichert

☐ beihilfeberechtigt

☐ § 264 SGB V

7.3 Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel

☐ keine Hilfsprodukte oder Hilfsmittel vorhanden

bewilligt durch:

☐ Folgende Hilfsprodukte und Hilfsmittel sind vorhanden:

-

-

7.4 bisherige Unterstützungen

Bisherige Unterstützung / Therapien / Maßnahmen zur Förderung bzw. Entwicklung

z.B. Frühförderung; Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie; Leistungen der Jugendhilfe etc.

-

-

-

-

-

-

☐ keine bisherige Unterstützung

Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen

8. SEPA-Einzugsermächtigung zum Einzug des monatlichen Kostenbeitrages

Bei der Betreuung in einer teilstationären Einrichtung und bei Teilnahme an einer vollständigen Essensmahlzeit ist die Eigenleistung im Rahmen der häuslichen Ersparnis auf 20 v. H. des maßgeblichen Regelsatzes festzusetzen.

Bei Bezug von Leistungen nach dem SGB II, Wohngeld oder Kindergeldzuschlag kann der Kostenbeitrag reduziert werden. Die Vorlage der aktuellen Bescheide ist zwingend erforderlich.

Mit dem Bankeinzug des Kostenbeitrages bin ich einverstanden: ☐ ja

Bankverbindung:

Name der Bank	
BIC:	IBAN:
Kontoinhaber:	

9. Weitergabe an den Leistungserbringer

Soweit eine Bewilligung erfolgt, bin ich damit einverstanden, dass eine Durchschrift der Bewilligung an den Leistungserbringer versandt wird. Sofern ich damit nicht einverstanden bin, werde ich dieses ausdrücklich auf dem Antragsformular vermerken.

☐ personenbezogene Daten können an die aufnehmende Einrichtung weitergegeben werden.

10. Belehrung:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen über den Antragsteller/in und zum Teil auch der Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.

Die Datenerhebung/-verarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach den §§ 67 a Abs. 2 und 67 b Abs. 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X).

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen (§ 263 Strafgesetzbuch).

11. Unterschrift/en:

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Soziale Angelegenheiten mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

☐ Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. Belehrungen zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen habe.

☐ Es besteht noch Informationsbedarf und es wird um ein (weiteres) Informationsgespräch gebeten.

Ort und Datum

Unterschriften der Personensorge-/Erziehungsberechtigten
(beide Elternteile)

Merkblatt
Informations- und Transparenzpflichten
nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)
zum Gesamt- und Teilhabeplanverfahren Niedersachsen

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO:

Herangezogene kommunale Körperschaft	Landkreis Vechta
Straße	Ravensberger Straße 20
PLZ Ort	49377 Vechta
Tel.:	04441 898 - 0
Email:	info@landkreis-vechta.de

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 141 ff. SGB XII bzw. §§ 117 ff. SGB IX i.V.m. §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1c) DSGVO.

Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z.B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Längstens 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Den/die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail unter datschutzbeauftragter@landkreis-vechta.de,

bzw. postalisch unter Kommunale Datenverarbeitung Oldenburg, zu Hd. Christofer Fleischhauer, Elsässer Straße 66, 26121 Oldenburg, Deutschland.

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.

<u>Frühförderung</u> ➤ Kopie des gesamten gelben Kinderuntersuchungsheftes (U-Heft) ➤ Entwicklungsbericht / Beobachtungsbogen vom Kindergarten ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kinder- oder fachärztliche Berichte (Diagnosen nach ICD-10 von z.B. SPZ, Klinikum, Kinderneurologie Storcks, Pädaudiologie) ➤ Berichte von medizinischen Behandlungen oder Therapien (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie)	<u>Integrationsgruppe</u> ➤ Anträge sind bis spätestens zum 31.03 einzureichen ➤ Kopie des gesamten gelben Kinderuntersuchungsheftes (U-Heft) ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kinder- oder fachärztliche Berichte (Diagnosen nach ICD-10 von z.B. SPZ, Klinikum, Kinderneurologie Storcks, Pädaudiologie) ➤ Ausführlicher Entwicklungsbericht vom Kindergarten ➤ Berichte von medizinischen Behandlungen oder Therapien (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Frühförderung) ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kopie Schwerbehinderten- ausweis / Pflegegutachten ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kopie Schulrückstellungsbescheid
<u>Heilpädagogischer Kindergarten</u> ➤ Anträge sind bis spätestens zum 31.03 einzureichen ➤ fachärztliche Berichte (Diagnosen nach ICD-10 von z.B. SPZ, Klinikum, Kinderneurologie Storcks, Pädaudiologie) ➤ Kopie des gesamten gelben Kinderuntersuchungsheftes (U-Heft) ➤ Ausführlicher Entwicklungsbericht vom Kindergarten ➤ Berichte von medizinischen Behandlungen oder Therapien (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Frühförderung) ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kopie Schwerbehinderten- ausweis / Pflegegutachten ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kopie Schulrückstellungsbescheid	<u>Tagesbildungsstätte / Kardinal von Galen Haus</u> ➤ fachärztliche Berichte (Diagnosen nach ICD-10 von z.B. SPZ, Klinikum, Kinderneurologie Storcks, Pädaudiologie) ➤ Sonderpädagogische Fördergutachten ➤ Feststellungsbescheid des sonderpädagogischen Förderbedarfs ➤ Berichte von medizinischen Behandlungen oder Therapien (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kopie Schwerbehinderten- ausweis / Pflegegutachten
<u>Schulassistenzen</u> ➤ fachärztliche Berichte (Diagnosen nach ICD-10 von z.B. SPZ, Klinikum, Kinderneurologie Storcks, Pädaudiologie) ➤ Sonderpädagogische Fördergutachten ➤ Feststellungsbescheid des sonderpädagogischen Förderbedarfs ➤ Schulfragebogen (bitte beim Amt für Soziales und Integration anfordern) ➤ Berichte von medizinischen Behandlungen oder Therapien (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) ➤ <u>Falls vorhanden:</u> Kopie Schwerbehinderten- ausweis / Pflegegutachten	<u>Sprachheilkindergarten</u> ➤ Bitte melden Sie sich beim Gesundheitsamt: 04441 898 2214 - Frau Schlake 04441 898 2242 - Frau Espelage-Schmitz 04441 898 2255 - Frau Henschel 04441 898 2248 - Frau Niemann 04441 898 2251 - Frau Nowarra 04441 898 2249 - Frau Rottinghaus 04441 898 2244 - Frau Sardas

Auf allen Anträgen wird die Unterschrift beider sorgeberechtigten Personen benötigt!