

Antrag auf Übernahme der Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX für

- heilpädagogische Leistungen**
(z.B. Frühförderung, Einzelintegrationsmaßnahme oder I-Gruppe)
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung**
(z.B. Schulbegleitung)
- Unterbringung über Tag und Nacht**
(bitte auch zusätzliche Anlage 1 ausfüllen)
- sonstige Maßnahme** _____
(z.B. Autismusförderung, pflegerischer Mehrbedarf)
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe**
(bitte auch zusätzliche Anlage 2 ausfüllen)

Angaben zum Kind:

| | |
|--|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum / -ort | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Straße | Wenn nicht EU-Bürger Kopie Ausweisdokument beifügen |
| PLZ Ort | |
| <u>Mutter</u> Name, Vorname | |
| Geburtsdatum / -ort | |
| Familienstand | |
| Straße PLZ Ort | |

| | |
|--|--|
| Telefonnummern E-Mail-Kontakt | Festnetz: _____ Handy: _____ E-Mail: _____ |
| <u>Vater</u> Name, Vorname | |
| Geburtsdatum / -ort | |
| Familienstand | |
| Straße PLZ Ort | |
| Telefonnummern E-Mail-Kontakt | Festnetz: _____ Handy: _____ E-Mail: _____ |
| Sorgerecht | <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> abweichender Vormund: _____ |
| Geschwister des Kindes | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, und zwar (Vorname, Name + Alter) _____ _____ _____ _____ _____ |
| bei Aufenthalt in einer Pflegefamilie oder Einrichtung Name und Anschrift | |

| | |
|--|---|
| Aufenthaltort vor Aufnahme in die Pflegefamilie oder Einrichtung | |
| Einzugsdatum in die Pflegefamilie oder Einrichtung | |
| Wurden bereits in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?: _____ Zeitraum: _____ Behörde: _____ |
| Zuständige Krankenkasse Versicherungsnummer | |
| Pflegegrad | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ Bescheidkopie bitte beifügen |
| Schwerbehinderung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Merkzeichen: _____ Kopie des Ausweises bitte beifügen |

Behandelnder Kinderarzt/Hausarzt: _____

Vorliegende Diagnosen: _____

Schildern Sie bitte kurz, warum aus Ihrer Sicht die Maßnahme für Ihr Kind erforderlich ist:

Besteht Kontakt zum Jugendamt? nein ja,

Kontaktdaten: _____

Akten des Jugendamtes dürfen eingesehen werden

Das Kind besucht die Krippe/Kindertagesstätte/ Tagesmutter

in _____ seit dem _____

in der _____-Gruppe

von _____ Uhr bis _____ Uhr

täglich an folgenden Tagen _____

Das Kind besucht die Schule

in _____ Klasse _____

seit dem _____

Mein Kind nimmt an folgenden Therapien / Freizeitaktivitäten teil:

- Ergotherapie
- Logopädie
- Krankengymnastik
- Psychotherapie
- Sprachförderung in der Kindertagesstätte
- Teilnahme in einer Musikgruppe
- Teilnahme im Turn-/Sportverein
- Schwimmen
- sonstige _____

Folgende fachärztliche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt:

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| HNO-Arzt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Augenarzt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Orthopäde | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kinder- und Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sozialpädiatrisches Zentrum | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diagnostiken im Krankenhaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Um den Unterstützungsbedarf Ihres Kindes umfassend feststellen zu können, fügen Sie bitte alle vorliegenden Arzt- und Therapieberichte bei.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigelegt:

- Kopie der 1. und letzten durchgeführten Vorsorgeuntersuchung**
- Bericht des Kindergartens/der Krippe/Tagesmutter**
- Bericht der Schule**
- Therapieberichte**
- Diagnostikbericht eines sozialpädiatrischen Zentrums**
- fachärztliche Berichte**
- sonstige Unterlagen**

Erklärung des Hilfesuchenden (oder des gesetzlichen Vertreters):

➤ **Wahrheit der Angaben**

Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

➤ **Mitwirkungspflicht**

Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familienverhältnisse sowie jede vorübergehende Abwesenheit von länger als 21 Tage (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

➤ **Datenschutz**

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67a SGB X in Verbindung mit den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch IX(SGB IX). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu.

Sofern von einem anderen Sozialhilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, werden die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfeträger abgefordert.

Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfeträgers ärztliche Berichte/Gutachten/Befunde befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, so erkläre ich mich damit einverstanden, dass der bisherige Sozialhilfeträger diese an den Kreis Segeberg – Soziale Sicherung – weiterleiten darf.

➤ **Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich bin damit einverstanden, dass der Kreis Segeberg – Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit - in diesem Verfahren die für die Entscheidung erforderlichen Befundberichte und sonstigen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten bezieht, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus dem im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens, bspw. in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte, stattgefunden haben, werde ich dem Kreis Segeberg umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden. Insoweit entbinde ich die vom Kreis Segeberg ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, anderen Behandlungsstätten, Behörden (z.B. Jugendamt, Ausländerbehörde u.ä.) und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Personensorgeberechtigten)

Nur erforderlich, sofern das Kind noch keine Schule besucht:

Ich/Wir erkläre/n mich/uns außerdem damit einverstanden, dass ärztliche und sonstige erforderlichen Unterlagen meines Kindes an den Jugendärztlichen Dienst des Kreises Segeberg zwecks späterer schulärztlicher Untersuchung weiterleitet. Dies dient der Bedarfsfeststellung für die zukünftige schulische Laufbahn.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Personensorgeberechtigten)

Bitte zurücksenden an:

Kreis Segeberg
 Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit
 Eingliederungshilfe für Minderjährige
 Hamburger Straße 30
 23795 Bad Segeberg

Information über die Erhebung von Daten in der Kreisverwaltung Segeberg (Art. 12 und 13, DSGVO)

Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nur im notwendigen Umfang zur Erfüllung unserer Aufgaben und im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere mit den Regelungen der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO).
Personenbezogene Daten sind sämtliche Informationen, die einen Bezug zu einer Person aufweisen.

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist:
Landrat Jan- Peter Schröder,
Hamburger Str. 30 in 23795 Bad Segeberg

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Hamburger Str. 30, 23795 Bad Segeberg.
E-Mail: datenschutz@segeberg.de
Telefon: 04551 / 951-9851

3. Betroffenen-Rechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

4. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Ihnen steht das Recht zu, sich für eine Beschwerde an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD)
Holstenstr. 98 in 21403 Kiel
Tel.:0431/988-1200
Fax:0431/988-1223
E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de
Webseite: <https://www.datenschutzzentrum.de/>

5. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Kreisverwaltung Segeberg durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

6. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Erstmaliger Antrag, Folge- und/oder Änderungsantrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Minderjährige nach dem SGB IX

7. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

- a) Ihre Daten werden zu folgendem Zweck erhoben
Beantragung einer Leistung der Eingliederungshilfe für Minderjährige nach dem SGB IX
- b) Ihre Daten wurden aufgrund folgender Rechtsgrundlage erhoben
§67 a SGB X in Verbindung mit § 35 SGB I
- c) Ihre Pflicht zur Bereitstellung der Daten
Grundlage für Antragsbearbeitung
- d) Folgen, wenn Sie die Daten nicht angeben
Antrag kann nicht bearbeitet werden, Ablehnung

8. Wir beabsichtigen, Ihre Daten an folgende Empfänger weiterzuleiten

Gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, andere Rehabilitationsträger, Jugendämter, Gesundheitsämter, Hilfe zur Pflege, Ausländerbehörden, Krankenkassen, Pflegekassen, medizinische Einrichtungen, andere Eingliederungshilfeträger, Finanzbuchhaltung des Kreises Segeberg, Gerichte, Ihre gesetzliche Betreuung, Einrichtungen der Eingliederungshilfe

9. Wir haben Ihre Daten aus folgender Quelle erhalten

Gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, andere Rehabilitationsträger, örtliche Sozialämter, Jugendämter, Gesundheitsämter, Hilfe zur Pflege, Ausländerbehörden, Krankenkassen, Pflegekassen, medizinische Einrichtungen, andere Eingliederungshilfeträger, Finanzbuchhaltung des Kreises Segeberg, Gerichte, Ihre gesetzliche Betreuung, Einrichtungen der Eingliederungshilfe

10. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

10 Jahre nach Ende der Leistungsgewährung