



Antrag auf Übernahme der Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß SGB IX

Erstantrag **Weiterbewilligungsantrag**

- mobile Frühförderung
- Einzelintegrationsmaßnahme
- Betreuung in einer Integrationsgruppe
- Assistenzleistungen in der Kita

Ich beantrage/ Wir beantragen für mein/unser Kind die Übernahme der Kosten.

Angaben zum Kind	
Nachname	
Vorname	
Geschlecht	() männlich () weiblich () divers
Geburtsdatum	
Staatangehörigkeit	
Nur auszufüllen, sofern eine ausländische Staatsangehörigkeit vorliegt (Nachweise beifügen)	Aufenthaltsrechtlicher Status: Ausstellende Behörde:
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	

Angaben zur Mutter

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Emailadresse	
Staatangehörigkeit	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	



Angaben zum Vater

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Emailadresse	
Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	

Angaben zu Pflegeeltern

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Emailadresse	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	
Wohnort des Kindes vor Aufnahme in die Pflegefamilie	

Angaben zur Kindertagesstätte

Name der Kita	
Ort	
Betreuung ab/seit	
Betreuungszeiten	

→ Bericht der Kindertagesstätte beifügen

Es besteht Kontakt zum Jugendamt

Zuständiger Sachbearbeiter des Jugendamtes: _____



Pflegegrad (MDK-Gutachten beifügen)	seit:
Grad der Behinderung	
Merkzeichen	
Krankenkasse	
Versicherungsnummer der Krankenkasse	
Es wird häusliche Krankenpflege über die Krankenkasse in Anspruch genommen	
Behandelnder Kinderarzt/Hausarzt (Kinderärztliche Stellungnahme beifügen)	

Mein Kind erhält bereits folgende Maßnahmen:
(Aktuelle Therapieberichte beifügen)

Maßnahme	Seit	Praxis/Anbieter
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Psychotherapie		
Sonstige		

Neben der kinderärztlichen Behandlung ist mein Kind in folgender
fachärztlicher Behandlung:
(Befund beifügen)

Facharzt	Seit	Praxis/Anbieter
HNO-Arzt		
Augenarzt		
Kinder- und Jugendpsychiater		
Sozialpädiatrisches Zentrum		
Diagnostiken in Kliniken		
Sonstige		



Begründung: Bitte begründen Sie aus Ihrer Sicht, weshalb Ihr Kind eine Förderung benötigt.

Ich bestätige / Wir bestätigen, dass meine/ unsere Angaben vollständig und richtig sind.

Datum

Unterschrift/en der Personensorgeberechtigten

Hinweis:

Bitte beachten Sie auch die Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten.

Die Entbindungs-/ Einwilligungserklärungen geben Sie bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück!

Diese Seite ist Bestandteil des Antrages



Entbindungs-/Einwilligungserklärungen für Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Achten / Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII / SGB IX)

(Name und Vorname der antragstellenden Person)

(Wohnanschrift)

Bei Anträgen für Kinder und Jugendliche

(Name und Vorname des Kindes/ Jugendlichen)

(Anschrift des Kindes / Jugendlichen)

(Geburtsdatum des Kindes / Jugendlichen)

(Name des/der Personensorgeberechtigten bzw. der Antragstellenden Person)

(Abweichende Wohnanschrift)

Bei bestehendem Betreuungsverhältnis: Name/Anschrift der Betreuerin/ des Betreuers

Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und zur Gesamt- bzw. Teilhabeplanung benötigt.

Im Rahmen der Erstberatung soll Ihre aktuelle Situation und Ihr Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Im Rahmen der Antragstellung ist es daher notwendig, dass Sie:

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

Sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und weiteren Unterlagen nicht vorlegen können oder wollen ist es erforderlich, dass Sie die unten stehende Einwilligungserklärung abgeben.

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 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I-).



Einholung von Auskünften/ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber dem Kreis Ostholstein, der Landrat, Fachdienst Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe und dem Fachdienst Gesundheit zu, soweit sie zur Erfüllung von Aufgaben der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) erforderlich sind.

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

Hausarzt:

Facharzt:

Kinderarzt:

Krankenhaus/ Klinik:

SPZ (Medizin, Psychologie, Therapie):

Träger der mobilen Frühförderung:

Kindertagesstätte:

(bitte Name der Kita-Leitung eintragen)

Schule

(bitte Namen der Schule und der Schulleitung eintragen):

Schulamt:

Sonstige:

Weitergabe von Daten an andere Dritte

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger und an ärztliche Gutachter (hier: Fachdienst Gesundheit des Kreises Ostholstein) weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist, es sei denn, Sie widersprechen nachfolgend der Übermittlung (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

Hiermit stimme ich einer Übermittlung zu

Hiermit widerspreche ich der Übermittlung

Übermittlung von Daten an den Träger der Eingliederungshilfe

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe/n, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe übermittelt werden. Das gilt auch für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) durch das Jobcenter bzw. für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) durch die Agentur für Arbeit erheben kann.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Fachdienst Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe des Kreises Ostholstein Daten zu meiner Leistungsberechtigung und möglichen Ansprüchen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) beim Jobcenter SGB II bzw. für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB



III) bei der Agentur für Arbeit und für Leistungsansprüche nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch SGB XII der Träger der Grundsicherung erheben kann.

Ja Nein

Übermittlung von Daten durch den Träger der Eingliederungshilfe

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung folgenden zuständigen Stellen/ Institutionen übermittelt werden dürfen:

- Pflegekasse Jugendhilfeträger Krankenkasse Rentenversicherungsträger
 Leistungserbringer _____

Widerspruchsrecht / Widerruf Einwilligung

Mir/ uns ist bekannt, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab und jederzeit für die Zukunft widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Die Entbindungs-/Einwilligungserklärungen kann ich / können wir jederzeit beim Kreis Ostholstein, FD Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe, Lübecker Str. 41, 23701 Eutin, widerrufen.

Die Einwilligungserklärung wurde von mir/ uns freiwillig erteilt.

Meine Einwilligungen kann ich / können wir jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Folgen fehlenden Mitwirkung sind mir /uns bekannt. Die Datenschutzhinweise nach Art. 13/14 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten.

Ort und Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in, gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in



Kreis Ostholstein, Lübecker Straße 41, 23701 Eutin
Fachdienst Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe



**Datenschutzhinweise nach Art. 13/14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).
Aufgabe: Leistungsgewährung nach dem SGB VIII / IX (Eingliederungshilfe)**

1.	Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen:	Kreis Ostholstein, Der Landrat Fachdienst Individualleistungen der Jugend- und Eingliederungshilfe Lübecker Straße 41 23701 Eutin E-Mail: info@kreis-oh.de Tel. 04521-788-0
2.	Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten:	Kreis Ostholstein Behördlicher Datenschutzbeauftragter Lübecker Straße 41 23701 Eutin E-Mail: BDSB@kreis-oh.de Tel. 04521-788-294
3.	Wofür werden die Daten verarbeitet:	Die Daten werden verwendet, um damit: - den individuellen Leistungsbedarf zu ermitteln, - zu prüfen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen, - die Leistungsgewährung mit den Trägern anderen Sozialleistungen zu koordinieren, - die Leistungen abzurechnen, - den Nachrang der Sozialhilfe wiederherzustellen; dazu werden von uns vorrangige Ansprüche, die Sie gegen Dritte haben, geltend gemacht und durchgesetzt.
4.	Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:	<input checked="" type="checkbox"/> Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten sind folgende gesetzliche Bestimmungen: Art. 6 Abs. 1 lit. e i.V.m. Abs. 2 DSGVO i.V.m. §§ 67 SGB X, § 67a SGB X i.V.m. § 118 SGB XII, § 60 SGB I, § 66 SGB I, LBIG, Landespflegegesetz
5.	Sofern Daten an Dritte (sowohl im In- als auch im Ausland) weitergegeben werden, sind diese hier aufgeführt:	<input type="checkbox"/> Daten an Dritte werden nicht weitergegeben. <input type="checkbox"/> Die Daten werden weitergegeben an: Träger anderen Sozial- und Rehabilitationsleistungen im Inland (z.B. Kranken- und Pflegekassen, die Rentenversicherung), das örtliche Sozialamt, Bundesamt für Statistik, Unterhalts- oder Kostenerstattungspflichtige, Arbeitgeber sowie Beteiligte nach § 118 SGB XII.
6.	Die Dauer, für wie lange die Daten gespeichert werden:	<input checked="" type="checkbox"/> Aufgrund gesetzlicher Regelung werden die Daten für 5 Jahre gespeichert.
7.	Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO):	Sie haben einen Anspruch zu erfahren, ob bzw. welche Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden. Darüber hinaus stehen Ihnen weitere Informationen



		entsprechend dem Katalog in Art. 15 DSGVO zu.
8.	Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO):	Sie haben ein Recht darauf, dass unrichtige personenbezogenen Daten berichtigt werden und unvollständige Daten vervollständigt werden.
9.	Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO):	Unter bestimmten in Art. 17 DSGVO genannten Voraussetzungen haben Sie einen Anspruch auf Löschung Ihrer personenbezogener Daten.
10.	Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)	Unter bestimmten in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen haben Sie einen Anspruch auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.
11.	Recht auf Datenübertragung (Art. 20 DSGVO)	Sie haben ein Recht darauf, dass über Sie gespeicherte Daten Ihnen in einem gängigen Format zur Verfügung gestellt werden.
12	Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde	<p>Wenn Sie glauben, bei der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten in Ihren Rechten verletzt worden zu sein, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:</p> <p>Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98, 24103 Kiel, Tel.: 0431/988-1200, Telefax: 0431/988-1223, E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de</p> <p>Dieses geht Ihrer Beschwerde nach und unterrichtet Sie über das Ergebnis.</p>
13.	Recht auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO)	Sie haben das Recht, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einzulegen.
14.	Was ist die Folge, wenn Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten widersprechen:	Wenn Sie einer Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten widersprechen, kann dies dazu führen, dass eine schuldhafte Pflichtverletzung der Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB I führen, die zu einer Feststellung des Leistungsbedarfes maßgeblichen Daten fehlen somit zur Entscheidungsfindung über den Abschluss des Verfahrens. Wenn Sie die Daten, die für den Bezug der Leistungen erheblich sind, nicht preisgeben und dadurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagt werden, bis die Mitwirkung (Datenfreigabe) nachgeholt wurde, soweit die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).



Kreis Ostholstein, Jugendärztlicher Dienst

Arztstempel

Ansprechpartner:

Tel.: 04521-788-
 Fax: 04521-788-96-

Az: 5.05 -

Kreis Ostholstein - Der Landrat
 Fachdienst Individuelle Leistungen der
 Jugend-u. Eingliederungshilfe
 Lübecker Str. 41
 23701 Eutin

Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf Eingliederungshilfemaßnahme

1. Grunddaten des Kindes

Name	Straße
Vorname	PLZ/Ort
Geburtstag	Telefon

2. Abweichungen vom alterstypischen Entwicklungsstand

Expressive Sprache <input type="checkbox"/>	Grobmotorik <input type="checkbox"/>	Emotionale Entwicklung <input type="checkbox"/>
Rezeptive Sprache <input type="checkbox"/>	Feinmotorik <input type="checkbox"/>	Soziale Entwicklung <input type="checkbox"/>
Artikulation <input type="checkbox"/>	Visumotorik <input type="checkbox"/>	Selbständigkeit <input type="checkbox"/>
Grammatik <input type="checkbox"/>	visuelle Wahrnehmung <input type="checkbox"/>	Spielverhalten <input type="checkbox"/>
AVWS <input type="checkbox"/>	Kognition <input type="checkbox"/>	Konzentration <input type="checkbox"/>

Sonstiges _____

3. Diagnosen (antragsrelevant)

4. Chronische Erkrankungen soweit antragsrelevant

(z.B. genetische Defekte, Einschränkungen Hör- und Sehvermögen usw.)



5. Ärztliche Empfehlung für Eingliederungshilfemaßnahme

Heilpädagogische Frühförderung

Interdisziplinäre Frühförderung (Komplexleistung)

Sonstiges

6. Medizinisch-therapeutische Leistungen

Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit: _____
Logopädie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit: _____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit: _____
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit: _____

Medizinisch-therapeutische Leistungen sind **NICHT** geeignet
Grund:

- Versorgungsfähige medizinisch-therapeutische Leistungen sind ausgeschöpft
- Medizinisch-therapeutische Leistungen sollten mit heilpädagogischer Frühförderung ergänzt werden

7. Weiterführende Diagnostik

Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> bereits erfolgt	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> geplant	wann: _____
Kinderpsychologe	<input type="checkbox"/> bereits erfolgt	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> geplant	wann: _____
Kinderzentrum Pelzerhaken	<input type="checkbox"/> bereits erfolgt	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> geplant	wann: _____
SPZ Lübeck	<input type="checkbox"/> bereits erfolgt	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> geplant	wann: _____
Pädaudiologie	<input type="checkbox"/> bereits erfolgt	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> geplant	wann: _____
Sehschule	<input type="checkbox"/> bereits erfolgt	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> geplant	wann: _____

Sonstiges _____

8. Beigefügte Unterlagen

Arztbriefe
 Laborbefunde
 Therapieberichte

Sonstiges _____

Datum _____

Stempel _____

Unterschrift Ärztin/Arzt _____