

Bitte Rücksendung an:

Oberbergischer Kreis
Der Landrat
Amt 50/22
Moltkestr. 42
51643 Gummersbach

Eingang Behörde (Stempel):

<p>Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gem. SGB IX Hier: Teilhabe an Bildung</p>
--

Bitte **beantworten Sie** im Folgenden **jede Position** mit „ja“ oder „nein“ bzw. kreuzen Entsprechendes an. Ein unvollständig ausgefülltes Formular wird an Sie zurückgeschickt. Vergessen Sie bitte nicht für die Richtigkeit der Angaben am Ende des Dokumentes zu **unterschreiben**.

Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 SGB X. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII). Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, kann die Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	
	Antragsteller/in, leistungsberechtigte Person
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	
Geburtsdatum und -ort	
Anschrift	
Staatsangehörigkeit	
Bei ausländischer Staatsangehörigkeit: Datum der Einreise, Aufenthaltsstatus	Einreise am: Duldung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwerbehinderten- ausweis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gültig bis: _____ Merkzeichen: GdB: _____
Art der Behinderung	körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch <input type="checkbox"/> <u>Bitte fügen Sie aktuelle ärztliche Unterlagen/ Diagnoseberichte bei!</u>
Bestehen aufgrund der Behinderung Ansprüche gegen Dritte?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (z.B. aufgrund eines Unfalls oder Arztfehlers) falls ja, bitte kurz erläutern
Krankenversicherung (Name, Anschrift)	
Versichertennummer	
Bezieht Antragsteller/in folgende Leistungen? <u>Wenn ja, welche Art und seit wann?</u> (Bitte entsprechenden aktuellen Nachweis beifügen)	
SGB II -Leistungen (Grundsicherung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
SGB V -Leistungen (Krankenkassenleistung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

SGB XI -Leistungen (Pflegeversicherung)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
SGB XII -Leistungen (z.B. Hilfe zur Pflege)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Wurden durch Antragsteller/in in der Vergangenheit bereits Leistungen nach dem <u>SGB IX</u> (z.B. im Rahmen der Frühförderung) bezogen? Wenn ja, welche Art und wann? (Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		

II. Angaben zu den Erziehungsberechtigten		
	Mutter leiblich <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/>	Vater leiblich <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/>
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)		
Geburtsdatum und -ort		
Anschrift (wenn abweichend zu der des Kindes)		
Staatsangehörigkeit		
Bei ausländischer Staatsangehörigkeit Datum der Einreise, Aufenthaltsstatus	Einreise: Duldung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Einreise: Duldung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Telefon-/ Handynr.		
E-Mail		
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> seit:	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> seit:
Leben im Haushalt des/der Antragstellers/in Personen, die Leistungen nach dem <u>SGB IX</u> beziehen? Wenn ja, wer?		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		

III. Unterschrift		
Den Antrag auf Eingliederungshilfe habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.		
<input type="checkbox"/> Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin bzw. mir Vollmacht erteilt wurde. <input type="checkbox"/> Andere Personen haben ihre Angaben durch ihre Unterschrift (unten) bestätigt oder einen eigenen Vordruck ausgefüllt.		
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.		
Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift

Entbindung von der Schweigepflicht

Nachname, Vorname: Geburtsdatum: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:
gesetzlich vertreten durch (Eltern minderjähriger Kinder, Vormund, Betreuer) Nachname, Vorname: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

Ich habe folgende Leistung nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) beantragt:

Art der Leistung

- Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Abteilung 50/22 (Hilfen für behinderte Menschen) Informationen über meine persönliche bzw. gesundheitliche Situation bei Behörden/ Institutionen/ Dritten (z.B. meinen behandelnden Ärzten, Jobcenter Oberberg, Deutsche Rentenversicherung, Schule) anfordern und erhalten.
- Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Abteilung 50/22 (Hilfen für behinderte Menschen) vertrauliche Unterlagen (z.B. Befunde, Arztberichte, Leistungsbescheide) bei Behörden/ Institutionen/ Dritten (z.B. meinen behandelnden Ärzten, Jobcenter Oberberg, Deutsche Rentenversicherung, Schule) anfordern und erhalten.
- Ich entbinde die Mitarbeiter der Abteilung 50/22 (Hilfen für behinderte Menschen) von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Behörden/ Institutionen/ Dritten (z.B. meinen behandelnden Ärzten, Jobcenter Oberberg, Deutsche Rentenversicherung, Schule) soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt **nicht** gegenüber .

Die Weiterleitung der o.g. Daten verfolgt den Zweck, den Sozialhilfe- und/oder Teilhabebedarf zu ermitteln.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und formungebunden gegenüber der zuständigen Behörde widerrufen. Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten beachtet werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Nutzung von Sozialdaten gem. §§ 67 ff. SGB X keine nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Sollte ich mit einer Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Bedarfsermittlung notwendigen Daten auch selbst gegenüber anderen Behörden erklären.

Ort, Datum

Unterschrift

Fragebogen an die Eltern
(Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens)

Name des Kindes	
Schule, Klasse	
Erziehungsberechtigte	

Beschreiben Sie bitte die Fähigkeiten, Stärken und Ressourcen Ihres Kindes.	
Beschreiben Sie bitte konkret die Situationen, in denen Ihr Kind eine Integrationskraft benötigt.	
Was erhoffen Sie sich durch den Einsatz einer Integrationskraft für Ihr Kind? (Ziele)	
Welche Unterstützung/Maßnahmen könnten Ihrem Kind helfen, damit diese Ziele erreicht werden?	
Wie schätzen Sie den zeitlichen Rahmen der Unterstützung ein (z.B. nur Hauptfächer)?	

Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein, dass die Integrationskraft ggf. weitere Kinder betreut?	
Falls Ihr Kind die Schule schon länger besucht: Warum ist erst jetzt eine Integrationskraft erforderlich? Was hat sich verändert?	

Für eine umfassende Bedarfsermittlung sind aktuelle und für die Entscheidungsfindung bedeutsame medizinische und therapeutische Unterlagen (Arztbriefe, Therapieberichte, Diagnoseberichte o.ä.) erforderlich. Bitte kreuzen Sie aus der nachfolgenden Liste entsprechende Bereiche an und fügen die Berichte (falls noch nicht eingereicht) dem Fragebogen bei.

<u>Diagnoseverfahren:</u> <input type="checkbox"/> Kinder-/Hausarzt <input type="checkbox"/> Fachärzte <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> Fachklinik	<u>Kombinierte Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen:</u> <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) <input type="checkbox"/> Autismuszentrum <input type="checkbox"/> Jugendhilfemaßnahmen	<u>Therapien:</u> <input type="checkbox"/> psychologisch <input type="checkbox"/> heilpädagogisch <input type="checkbox"/> physiotherapeutisch <input type="checkbox"/> logopädisch <input type="checkbox"/> ergotherapeutisch <input type="checkbox"/> sonstige
--	---	--

Im Rahmen der Zuständigkeitsklärung benötigen wir die Krankenkasse und die dazugehörige Versicherungsnummer Ihres Kindes:

Krankenkasse:

Vers.-Nr.:

Im Rahmen des Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens findet eine umfassende Bedarfsermittlung statt. Geben Sie bitte aus diesem Grund einen Ansprechpartner mit dazugehörigen Kontaktdaten (Telefon und E-Mail) an.

Name:

Telefon:

E-Mail:

Ort, Datum, Unterschrift:

Erstellt von (ggf. unter Beteiligung Dritter):