

Landratsamt Lörrach
Sachgebiet Behindertenhilfe
Palmstr. 3
79539 Lörrach

Bitte erforderliche Unterlagen beifügen:

- Kindergartenbericht
- Sozialpädiatrischer Arztbericht
- Bericht der sonderpädagogischen Beratungsstelle

Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch zur Kostenübernahme

■ Antragsteller/-in / Angaben des Kindes

Vor- und Nachname des Kindes mit derzeitiger Anschrift

Geburtsdatum _____

Geschlecht weiblich männlich

■ Angaben der Eltern (Bitte unbedingt ausfüllen!)

Mutter

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Geb.-Datum _____

Geb.-Ort _____

Telefon _____

Mutter verstorben

Vater

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Geb.-Datum _____

Geb.-Ort _____

Telefon _____

Vater verstorben nicht bekannt

■ Art der beantragten Leistung

- Integrative Hilfen im Kindergarten
- Inklusionsgruppe

■ **Vorgesehener Leistungserbringer (Kindergarten)**

Name und Anschrift des Kindergartens

Ansprechpartner _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name und Anschrift des Kindergartenträgers

Beginn der Maßnahme _____

■ **Wer hat für das Kind die elterliche Sorge?**

Mutter Vater

andere Person (dann bitte ausfüllen)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

■ **Schwerbehindertenausweis**

Grad der Behinderung in % _____ Merkzeichen _____

■ **Erhalten Sie für das Kind Pflegegeld nach dem Pflegeversicherungsgesetz?**

Ja Nein

Wenn ja, bitte Anschrift der Pflegekasse, Versicherungsnummer und Pflegestufe angeben.

(Kopie des Bescheides bitte beifügen!)

Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3

■ **Besteht Anspruch auf Beihilfeleistungen?**

Ja Nein

Wenn ja, bitte Anschrift der Beihilfestelle sowie Personal- bzw. Beihilfenummer angeben.

■ **Staatsangehörigkeit des Kindes**

deutsch andere, welche _____

Bitte eine Ausweiskopie sowie bei anderer Staatsangehörigkeit einen Nachweis über den ausländerrechtlichen Status vorlegen.

■ **Angaben zur bisherigen Förderung**

Bisherige Förderung

Letzter Aufenthalt außerhalb einer stationären Einrichtung mit Anschrift

Warum reicht die bisherige Förderung nicht mehr aus?

Welche Ziele sollen erreicht werden?

■ **Geht die Notlage des Hilfebedürftigen auf einen Verkehrsunfall, eine Straftat, einen Arbeits- oder Wegeunfall oder einen Haftungsfall zurück?**

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Versicherers angeben und Nachweise beifügen.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

■ Datenschutzerklärung

Datenschutzrechtlicher Hinweis

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII und zur Hilfeplanung benötigt. Das Ergebnis des Verfahrens zur Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen mit Behinderung (HMB-W-Verfahren) ist Bestandteil der Dokumentation.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung verpflichtet ist

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie unten stehende 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 Sachverhaltes erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 SGB I).

Einwilligungserklärung

Antragsteller/-in _____ Geburtsdatum _____

Ich erkläre mich 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, nämlich

1. SPZ Lörrach, falls vorhanden Unterlagen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst,
2. Schulärztlicher Dienst,
3. _____

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch das Gesundheitsamt, ein neurologisch/psychiatrisches Fachkrankenhaus oder den Medizinisch-Pädagogischen Fachdienst Daten zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und im Formblatt HB dokumentiert werden.

Ja

Nein

Übermittlung von Daten an den Träger der Sozialhilfe/das Schulamt

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die zusammengefassten Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Sozialleistungsträger übermittelt werden. Der HMB-W-Erhebungsbogen wird dem Sozialleistungsträger nicht übermittelt, sondern verbleibt bei der begutachtenden Person bzw. Institution und wird dort ein Jahr lang aufbewahrt. Sofern zur Erfüllung einer Sonderschulpflicht Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden, bin ich damit einverstanden, dass die Daten zur gesundheitlichen Situation und zur Behinderung sowie ggf. die Angabe der zutreffenden Hilfebedarfsgruppe in Heimsonderschulen dem zuständigen Schulamt übermittelt werden, da dieses über die Sonderschulpflicht bzw. über die Notwendigkeit einer Heimaufnahme schulrechtlich entscheidet.

Ja

Nein

Weitergaben von Daten an Dritte (siehe Text)

Die am Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger, an das Schulamt und an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Fachdienst 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 des SGB X).

Ja

Nein

Widerspruchsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin. Die von mir abgegebene Datenschutzerklärung kann ich jederzeit widerrufen. Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung bin ich aufmerksam gemacht worden.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten