

Landratsamt Lörrach  
Sachgebiet Behindertenhilfe  
Palmstr. 3  
79539 Lörrach

## 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

Frühförderung

Schulkindergarten

Begleitete Hilfen

\_\_\_\_\_

Internat

Externe Schule

Hilfe in einer Außenklasse

■ **Vorgesehener Leistungserbringer (betreuende Einrichtung)**

Name und Anschrift der Einrichtung

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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