

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender

Eingangsstempel

Landratsamt Zwickau
 Sozialamt
 Werdauer Straße 62
08056 Zwickau

**Antrag auf Gewährung von Leistungen
 der Eingliederungshilfe
 für behinderte Menschen nach
 dem 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

Tag der Antragstellung: _____

Aktenzeichen: _____

Antrag auf: (bitte ankreuzen)

Zum Antrag erforderliche Anlagen

Soziale Teilhabe	Leistungen zur Betreuung in Pflegefamilien	E1
	Leistungen zur Heimaufnahme	E2
	Ambulante Frühförderung	E3
	Integration in der Kindertagesstätte	E4; E20
	Kindertagesstätte mit heilpädagogischer Gruppe	E5; E20
	Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit den vorgenannten Leistungen stehen	E6
	Sonstiges	E7

Teilhabe an Bildung:	Schulbegleitung	E8
	Integration im Hort	E9
	Ganztagsbetreuung	E10
	Ferienbetreuung	E11
	Internat	E12
	Eigenanteil zur Schülerbeförderung	E13
	Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit den vorgenannten Leistungen stehen	E14
	Sonstiges	E15

Medizinische Rehabilitation	Hilfsmittel	E16
	Rehabilitationsleistungen	E17

Hinweise:

Damit Ihnen die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sachgerecht erbracht werden können, füllen Sie bitten diesen Vordruck aus und fügen Sie bitte die benötigten Unterlagen bei. Bitte beachten Sie, dass die Richtigkeit der Angaben durch Unterschrift der jeweiligen Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters auf dieser Seite unten zu bestätigen ist.

Die Datenerhebung erfolgt gemäß Sächs. DSGVO i.V.m. Zweitem Kapitel Sozialgesetzbuch X - Sozialdatenschutz. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch - Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe
 Stand 02/2020

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Persönliche Angaben des zu fördernden Kindes

Name	Vorname	Geburtsort
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	bei ausländischen Staatsbürgern - ausländerrechtlicher Status
Wohnanschrift des Kindes (PLZ, Ort, Straße, Nr.)		

Krankenkasse	Versicherungsnummer	
--------------	---------------------	--

Liegt eine Behinderung vor?	ja, seit:	gültig bis:	nein	beantragt
Grad der Behinderung:		Merkzeichen:		

Pflegegrad	ja	1	2	3	4	5	nein	beantragt
-------------------	----	---	---	---	---	---	------	-----------

Zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem SGB XI	ja	nein
--	----	------

Ansprüche gegen Dritte auf Grund eines Unfalls			ja	nein
Impfschadens			ja	nein
vorsätzlichen und rechtswidrigen tätlichen Angriffs			ja	nein
Sonstiges (z.B. Arzt- oder Hebammenfehler)			ja	nein

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate Sozialleistungen bezogen?	ja	nein
--	----	------

Wenn ja, welcher Landkreis war zuständig:

Angaben zur Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsort	Staatsangehörigkeit	bei ausländischen Staatsbürgern - ausländerrechtlicher Status
Wohnanschrift falls abweichend vom Kind (PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
ausgeübter Beruf	Telefonnummer für Rückfragen	E-Mail-Adresse

Angaben zum Vater

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsort	Staatsangehörigkeit	bei ausländischen Staatsbürgern - ausländerrechtlicher Status
Wohnanschrift falls abweichend vom Kind (PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
ausgeübter Beruf	Telefonnummer für Rückfragen	E-Mail-Adresse

Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in:	nein	ja, für Mutter	ja, für Vater	ja, für beide
Name des Betreuers/der Betreuerin				

Sorgerecht	Kindesmutter	Kindesvater	Eltern	
	Amtsvormund	Amtspfleger	Einzelvormund	Einzelpfleger

Angaben zum Familienhelfer

Name	Telefonnummer für Rückfragen
Anschrift	
Umfang	

Angaben zu Geschwisterkindern

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum

Lebt das Kind in einer Pflegefamilie? ja, seit: _____ nein

Angaben zur Pflegemutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsort	Telefonnummer für Rückfragen	

Angaben zum Pflegevater

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsort	Telefonnummer für Rückfragen	

Weitere im Haushalt der Pflegefamilie lebende Kinder

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor Beantragung der Hilfe/Heimaufnahme

Anschrift	von	bis
Anschrift	von	bis

Hinweise zum Datenschutz

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 60 - 65 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Ist eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern zur Bearbeitung meines Antrags erforderlich (§§14-23 SGB IX), erfolgt eine Teilhabeplanung (§19ff. SGB IX), die eine Erhebung von personenbezogenen Daten einschließt (§67a Abs. 2 S.2 Nr. 1 SGB X).

Weitere Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie unter www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_sozialamt.

Die Datenschutzhinweise und -informationen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Mit ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu unrecht erlangte Leistungen erstatten muss. Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen sind unverzüglich mitzuteilen.

Ich erkläre mich einverstanden mit der Anforderung und Übermittlung vorhandener Gutachten, Befunde und Untersuchungsergebnisse (z.B. Diagnose - und Epikrisedaten, Therapie- und Behandlungsverlauf usw.). Das erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Sachaufklärung und zur Vermeidung von Kosten wegen Doppelbegutachtungen im Zusammenhang mit dem von mir gestellten Antrag.

Ich entbinde dazu die verantwortlichen Ärzte/Einrichtungen von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass im Rahmen des Gesamtplan-/Teilhabeplanverfahrens eine Hospitation durchgeführt wird und bin damit einverstanden. Ist eine Abstimmung mit weiteren Rehabilitationsträgern zur Bearbeitung meines Antrags erforderlich (§§14-23SGB IX), erfolgt eine Teilhabeplanung (§19ff. SGB IX), die eine Erhebung von personenbezogenen Daten einschließt (§67a Abs. 2 S.2 Nr. 1 SGB X). Der Übersendung des Gesamtplans/Teilhabeplans (Ergänzungsbogen Z) an den Leistungserbringer, stimme ich zu.

Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Datum

Unterschrift des Aufnehmenden

Einwilligungserklärung

Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie im Rahmen des Gesamtplan-/Teilhabeplanverfahrens nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Antrag nach dem SGB IX nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen nachfolgende Einwilligungserklärung.

Ich bin damit **einverstanden**, dass die für das Feststellungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Leistungsträgern - welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind - **medizinische Unterlagen aller Art und Akten bezieht, elektronisch verarbeitet und speichert**, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass **von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, elektronisch verarbeitet und gespeichert werden**.

Das schließt auch die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen und Gutachter bzw. Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Feststellungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich umgehend dem Sozialamt mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über meine ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.