

**Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche**

**Landkreis Nienburg/Weser
Fachdienst Eingliederungshilfe
Kreishaus am Schloßplatz
31582 Nienburg**

Personenbezogene Daten

	Kind	Mutter	Vater
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum (ggf. Sterbedatum)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort			
Familienstand			
Staatsangehörigkeit			
Aufenthaltsstatus			
Sorgeberechtigt	X		
Beziehung zum Kind (leiblicher Elternteil, Adoptiv-, Pflegeeltern- teil)			
PLZ, Wohnort			
Straße & Hausnummer			
Letzter gewöhnlicher Aufenthaltort (z.B. Familie, Einrichtung, sonstiges)			
Telefon (mit Vorwahl)			
Die Eltern sind			
<input type="checkbox"/> verheiratet/Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet			

Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Familienangehörige, die oben nicht genannt sind (z.B. Geschwister, Großeltern)?

Name	Geburtsdatum	Verhältnis zum Hilfesuchenden (verwandt/befreundet)

Bitte beschreiben Sie kurz, warum Ihr Kind Unterstützung benötigt

Liegt eine Diagnose eines Arztes vor? Wenn ja, welche?

Wenn möglich, bitte aktuelle ärztliche Unterlagen vorlegen!

Diagnose Arzt	festgestellt durch	am

Angaben zu Beeinträchtigungen

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> ja Bitte Schwerbehindertenausweis vorlegen! <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> nein
Ursache der Beeinträchtigung:	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: _____ _____

Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)?

- ja
 nein

Werden/wurden diese geltend gemacht?

- ja, in Höhe von _____ €/monatlich bzw.

Abfindung von _____ €

am _____

Bitte Nachweis beifügen!

gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen):

- nein

Wie gestaltet sich die vorschulische/schulische Situation Ihres Kindes?

Entfällt

Krippe <input type="checkbox"/>	Name, Anschrift	von	bis
Kindergarten <input type="checkbox"/>	Name, Anschrift	von	bis
Hort <input type="checkbox"/>	Name, Anschrift	von	bis
Schule <input type="checkbox"/>	Name, Anschrift	von	bis

Person des Vertrauens

Ich bin als Träger der Eingliederungshilfe verpflichtet, einen Gesamtplan zu erstellen. Der Gesamtplan dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses. Bei der Aufstellung des Gesamtplanes können Sie eine Person des Vertrauens hinzuziehen. Wünschen Sie die Hinzuziehung einer Person Ihres Vertrauens?

ja nein

Familienname, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Email:

Kranken- und Pflegeversicherung

Wo ist Kind
krankenversichert?
Name, Anschrift:

Versicherungsnummer:

Ist Ihr Kind im Krankheits-
oder Pflegefall
beihilfeberechtigt?

ja, bei _____
 nein

Hat Ihr Kind einen
Pflegegrad?

ja, Pflegegrad _____ **Bitte Nachweis beifügen!**
 wurde beantragt am _____
 nein

Hilfsmittelversorgung

Welche Hilfsmittel verwendet
Ihr Kind (z. B. Brille, Rollstuhl
etc.)

**Erhalten Sie für Ihr Kind weitere Unterstützungsleistungen?
Bitte entsprechende Nachweise beifügen!**

	Name, Telefon, Leistungsdauer
Heilpädagogische Unterstützung/ Förderung vorschulischer Bereich	
Leistungen der Jugendhilfe	
Therapeutische Unterstützung (Logo-, Ergotherapie)	
Psychologische Unterstützung	
Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
Sozialraum (z. B. Vereine)	
Unterstützung / Förderung schulischer Bereich	
Sonstiges	

Wichtige Hinweise

Mitteilungspflichten

Ich versichere, dass die in dem vorstehenden Antragsbogen von mir gemachten Angaben in allen Punkten der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben sowie das Verschweigen von Änderungen in den Familienverhältnissen (Sterbefälle, Wegzug aus dem Haushalt usw.) oder das Verschweigen irgendeines Einkommens oder Vermögens, auch meiner Familienangehörigen, die sofortige Entziehung der Eingliederungshilfe, die Rückzahlung der zu Unrecht bezogenen Leistungen und die Strafverfolgung wegen Betruges bzw. Betrugsversuches zur Folge haben kann.

Ich weiß, dass ich nach § 60 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss solange mir oder meinen anspruchsberechtigten Angehörigen Leistungen der Eingliederungshilfe gezahlt wird. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden.

Hinweis zum Datenschutz

Ihr Antrag kann nur abschließend und endgültig bearbeitet werden, wenn Sie den Antrag vollständig ausfüllen. Die Daten werden gemäß § 14 Abs. 1 S. 1 Bundesdatenschutzgesetz i. V. m. § 79 Abs. 3 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – in der automatisierten Datenverarbeitung verarbeitet und gespeichert, soweit dies für die Bearbeitung des Antrages bzw. die Leistungsgewährung notwendig ist.

Ort, Datum _____

Unterschriften der Sorgeberechtigten/Eltern

Unterschriften der Sorgeberechtigten/Eltern

Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

geb: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Hiermit entbinde ich den/die Mitarbeiter/in des Fachdienstes Kinder- und Jugendärztlicher Dienst von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Fachdienst Eingliederungshilfe.

Die mitgeteilten Befunde und Unterlagen dürfen nur für den im Einzelfall gegebenen Untersuchungszweck verwendet werden. Eine Weitergabe an Dritte bedarf der gesonderten Erlaubnis.

Datum: _____

Unterschriften der Sorgeberechtigten/Eltern

Einwilligungs-Erklärung / Hinweise zum Datenschutz

Der Träger der Eingliederungshilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe verpflichtet, die Bedarfsermittlung mit einem Formular zu bearbeiten. Dieses Formular heißt: Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni).

Die in der individuellen Bedarfsermittlung (anhand des Formularsatzes B.E.Ni) erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab Antragstellung gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle (Datenschutzbeauftragter: Herr Andreas Werner, INFORA GmbH) per E-Mail (dsb-ikni@infora.de) oder postalisch unter Friedrichstr. 200, 10117 Berlin erreichbar.

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

- Ich willige ein, dass der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
- Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
- Ich willige ein, dass der Landkreis Nienburg/Weser, Fachdienst Eingliederungshilfe die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.

Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass die Daten für das Kind Vorname, Name: _____ zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Datum, Unterschriften der Sorgeberechtigten/Eltern

Einkommen

Hinweis: Diesen Bogen müssen Sie nicht ausfüllen, wenn Sie für Ihr Kind Leistungen

- für eine Schulbegleitung
- für eine ambulante Frühförderung

beantragen.

Art des Einkommens	Einkommen der Eltern oder des Elternteils	
Verfügten Sie im VorVorjahr über einkommenssteuerpflichtige Einkünfte?	Bitte den Steuerbescheid <u>des VorVorjahres</u> vorlegen! (Falls nicht vorhanden bitte die Lohnsteuerbescheinigung und die entsprechenden weiteren Nachweise beifügen!)	
– aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus nichtselbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– aus sonstigen Einkünften	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
Verfügten Sie im VorVorjahr über Renteneinkünfte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte legen Sie Nachweise zur <u>Bruttorente des VorVorjahres</u> vor!	
Weichen Ihre aktuellen Einkünfte erheblich von den Einkünften des VorVorjahres ab? (z.B. Aufnahme/Beendigung einer Erwerbstätigkeit, Änderung des Stundenumfangs, Renteneintritt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja legen Sie bitte auch Ihre <u>aktuellen Einkommensnachweise</u> vor!	
Beziehen Sie derzeit Leistungen zum Lebensunterhalt?	Bitte entsprechende/n Bescheid/e beifügen!	
– nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
– nach § 27a Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anbieter von Leistungen der ambulanten Frühförderung

Soweit Sie Leistungen der ambulanten Frühförderung für Ihr Kind beantragen, soll diese Leistung von folgendem Anbieter übernommen werden:

- Lebenshilfe Nienburg gem. GmbH - für den gesamten Landkreis Nienburg, ohne der Samtgemeinde Grafschaft Hoya
- Frühe Hilfen –Frühförderstelle Hoya – für die Samtgemeinde Grafschaft Hoya
- Meilenschritte – Frau Birgit Franz – für die Samtgemeinde Uchte, Nendorf und den Flecken Steyerberg
- Jazz 2010 GbR – für den gesamten Landkreis Nienburg
- Helfende Hände UG – für die Stadt Rehburg-Loccum und die Samtgemeinde Mittelweser (Leese, Stolzenau, Husum, Landesbergen und Estorf)