

Aktenzeichen: 50 32 40/	Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)	Datum:
-------------------------	--	--------

<p>Art der beantragten Leistung (z. B. Schulassistenz):</p> <p>Bitte begründen Sie mit besonderem Schreiben, aus welchen Gründen und in welchem Umfang sie die begehrte Leistung beantragen.</p>	
<p>Haben sie die o. g. Leistung bereits woanders beantragt (z. B. bei der Krankenkasse)?</p> <p>(Bitte Nachweis beifügen)</p>	

1. Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen

	Person 1	Person 2	Person 3
	<p>Hilfesuchende(r) (HS)</p>	<input type="checkbox"/> Vater (bei unverh. Minderjährigen) <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> Pflegevater	<input type="checkbox"/> Mutter (bei unverh. Minderjährigen) <input type="checkbox"/> Ehegattin <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/> Art der Beziehung zum HS <hr/>
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname			
Familiename			
Geburtsname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Telefon			
E-Mail			
Geburtsdatum			
Geburtsort und -kreis			

Sozialversicherungsnummer			
Familienstand			
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
Aufenthalt vor Hilfebeginn (bspw. eigene Wohnung bzw. Wohnung der Eltern, stationäre Einrichtung / besondere Wohnformen etc.)			
Staatsangehörigkeit			
bei Ausländern Aufenthaltsstatus (Kopie des Aufenthaltstitels beifügen)	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer
Beruf			
Ausgeübte Tätigkeit			
arbeitslos seit			
Name Vormund / Betreuer/ Bevollmächtigter (Kopie der Bestellungs-urkunde / Vollmacht beifügen)			
• Straße, Hausnummer			
• PLZ, Ort			
• Telefon			
Schwerbehindertenausweis seit: (Bitte Kopie beifügen)			
• Antrag gestellt am:			
Beruhet die Behinderung des HS auf einem -Unfall? -Geburtsschaden? -Impfschaden? -vorsätzlichen oder rechtswidrigen tätlichen Angriff? -sonstigen Grund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> <hr/>		

Bestehen Ansprüche gegen den Schädiger oder dessen Versicherung) (Bitte Unterlagen beifügen)			
Falls die Behinderung auf einem Unfall beruht: -Schädiger (Name und Anschrift) -Versicherung (Name und Anschrift) -Versicherungsnummer			
Bei einem Impfschaden oder einem Schaden als Folge eines rechtswidrigen, tätlichen Angriffs -Versorgungsamt (Name und Anschrift) -Aktenzeichen			
Haben Sie oder ein Elternteil Ansprüche aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften (z. B. nach den Beihilfavorschriften des Landes oder des Bundes)? Falls ja, Anschrift des Dienstherrn			
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten Scheidungsurteil vom:			
Name der Krankenversicherung			
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Ort			
Versicherungsnummer			
Krankenversicherung: gesetzlich oder privat versichert			
Krankenversicherung: pflichtversichert oder freiwillig versichert			
Krankenversicherung: nicht versichert			
Pflegeversicherung: gesetzlich versichert			
Pflegeversicherung: privat versichert			

Pflegeversicherung: nicht versichert			
Liegt ein Bescheid der Pflegeversicherung vor? -ja, mit dem Ergebnis Pflegegrad (1 bis 5) -Pflegeleistungen werden erbracht (bspw. Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombileistung) -wenn nein, warum nicht? (Bitte MDK-Gutachten und Bescheid beifügen)			
Der Antrag bei der Pflegekasse wird von mir unverzüglich gestellt.			
Ich habe keinen Antrag bei der Pflegekasse gestellt, weil... (z. B. da mein Kind nur Hilfen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, der Hilfebedarf im pflegerischen Bereich nur äußerst gering ist und das die Leistungspflicht der Pflegekasse nicht begründet.)			
Ist ein Wechsel der Krankenversicherung beabsichtigt?			

2. Weitere minderjährige Personen im Haushalt

Persönliche Verhältnisse	Person 4	Person 5	Person 6
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort und -kreis			
Sozialversicherungsnummer			
Pers. Stellung zum HS			
Staatsangehörigkeit			

bei Ausländern Aufenthaltsstatus (Kopie des Aufenthaltstitels beifügen)	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer
Schulabschluss			
Ausbildung als			
Schwerbehindertenausweis seit: (Bitte Kopie beifügen)			
● Antrag gestellt am:			

3. Weitere volljährige Personen im Haushalt

Persönliche Verhältnisse	Person 7	Person 8	Person 9
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort und -kreis			
Sozialversicherungsnummer			
Pers. Stellung zum HS			
Staatsangehörigkeit			
bei Ausländern Aufenthaltsstatus (Kopie des Aufenthaltstitels beifügen)	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer
Bestreitet Lebensunterhalt selbst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Außerhalb des Haushaltes lebende Personen (geschiedene / getrennt lebende Ehegatten / Lebenspartner, Eltern)

	Person 10	Person 11	Person 12
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Persönliche Stellung zum Hilfesuchenden (z. B. zu Person 1: Sohn)			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Es besteht der folg. Unterhaltstitel mit dem Aktenzeichen:			

5. Bei Kindern nicht miteinander verheirateter oder geschiedener Eltern (Bitte Sorgerechtsbescheinigung beifügen!)

Familienname			
Vorname			
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Ort			
Vaterschaft anerkannt vor / festgestellt durch			
Vaterschaft anerkannt bzw. festgestellt am			
Bei Unterhaltsbeistandschaft:			
<ul style="list-style-type: none"> Name des Jugendamtes 			
<ul style="list-style-type: none"> Anschrift des Jugendamtes 			
Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages:			
Unterhaltsbetrag festgesetzt ab:			

6. Eltern, die nicht mit dem minderjährigen HS in einem Haushalt leben (z. B. Kind lebt in einer Pflegefamilie)

	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Ehegattin <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in)
Vorname		
Familiename		
Geburtsname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon		
E-Mail		
Geburtsdatum		

7. Bankverbindungen

Name	IBAN	BIC	Kreditinstitut

8. Erklärung der antragstellenden Personen

Den Antrag auf Eingliederungshilfe mit seinen Anlagen habe ich für mich und für die mit mir in einem Haushalt zusammenlebenden minderjährigen Kindern wahrheitsgemäß ausgefüllt.

- Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil ich sorgeberechtigt bin bzw. mir Vollmacht erteilt wurde.
- Andere Personen haben ihre Angaben durch 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 Soziales mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

9. Entbindung von der Schweigepflicht

bezüglich des Kindes/Jugendlichen: _____, geb. _____

Ich/Wir erkläre/n mich/uns ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden der (zukünftig) besuchten Schule bzw. dessen Trägers sowie der zuständigen Schulaufsichtsbehörde, die behandelnden Ärzt:innen sowie die Ärzt:innen und Mitarbeitenden von Gesundheitsamt, Therapieeinrichtungen, anderen Leistungsträgern (z. B. Landschaftsverband Rheinland, Kranken- und Pflegekasse, Sozial- oder Jugendhilfeträger), Leistungsanbietern, Beförderungsunternehmen sowie alle weiteren am Verfahren beteiligten Personen dem Kreis Heinsberg als Träger der Eingliederungshilfe sämtliche Informationen und Auskünfte erteilen dürfen, die für die Bearbeitung des Antrages meines/unseres Kindes/Jugendlichen, gesetzlich vertreten durch mich/uns, auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) in der zurzeit gültigen Fassung notwendig sind.

Ich/Wir entbinde/n die genannten Personen und Institutionen insofern von ihrer Schweigepflicht bzw. von den maßgeblichen Geheimhaltungsvorgaben nach den jeweils für sie geltenden einschlägigen Datenschutzbestimmungen. Gleiches gilt im Übrigen im umgekehrten Falle, d. h. für die Übermittlung der zur Durchführung einer adäquaten Maßnahme/Therapie bzw. zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen notwendigen Diagnostikdaten etc. an die/das therapierende Praxis/Institut, Schule, Schulaufsichtsbehörde, Gesundheitsamt sowie ggf. die ansonsten beteiligten Stellen und Personen.

10. Weiterleitung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (§ 14 SGB IX)

Stellt sich im Rahmen der Prüfung heraus, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, bin ich nach den gesetzlichen Vorgaben verpflichtet, den Antrag unverzüglich dem Träger zuzuleiten, den ich für zuständig halte.

Diese gesetzliche Pflicht zur Weiterleitung besteht unabhängig von Ihrer Zustimmung.

11. Unterschriften

Datum: _____

Name, Unterschrift Person 1	
Name, Unterschrift Person 2	
Name, Unterschrift Person 3	

Hinweise zum Schutz Ihrer persönlichen Daten gemäß Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen

Stellen Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), erheben wir Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Diese Angaben benötigen wir zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung. Bezüglich ärztlicher Unterlagen wird eine gesonderte, widerrufbare Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Ihnen gefordert. Bezüglich der Auskünfte von Banken kann eine gesonderte, widerrufbare Befreiung vom Bankgeheimnis von Ihnen gefordert werden.

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung personenbezogener Daten sind die §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 DSGVO. Sozialdaten dürfen an die in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch genannten Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen. Darüber hinaus können wir zur Erfüllung unserer gesetzlichen Mitteilungspflicht Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln (z. B. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zuvor darüber informieren.

2. Speicherdauer der personenbezogenen Daten

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks.

3. Ihre Betroffenenrechte

- Auskunft über ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Jederzeitiger Widerruf von erteilten Einwilligungen zur Datenverarbeitung (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO)

Weitere Informationen können Sie dem Hinweisblatt zum Datenschutz entnehmen, welches im Serviceportal des Kreises Heinsberg eingestellt ist.