

Einleitung v. Maßnahmen d. Eingliederungshilfe nach §§ 112 i.V.m. 75 SGB IX

Schulbegleitung für Kinder

Neuantrag Weiterbewilligungsantrag

Kreis Plön
Der Landrat
Amt für Soziales
Eingliederungshilfe
Hamburger Straße 17/18
24301 Plön

Ich beantrage/ Wir beantragen für unser **Kind**

Name _____

Vorname _____

geb. am _____ die Kostenübernahme für eine Schulbegleitung.

Angaben zum Kind:

Geschlecht: weiblich männlich divers

Staatsangehörigkeit: _____

Ggf. Aufenthaltsstatus: _____

Wichtiger Hinweis:

Nachfolgend sind die Daten und Unterlagen aufgeführt, die zur Bearbeitung Ihres Antrages und zur Feststellung des Leistungsanspruches nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) erforderlich sind. Vorrangig hat die Datenerhebung bei Ihnen als vertretungsbefugte / sorgeberechtigte Person/en für Ihr Kind zu erfolgen und Sie müssen die beizubringenden Unterlagen/Angaben selbst beschaffen.

Als Serviceangebot biete ich Ihnen die Einholung der Auskünfte durch mich als Leistungsträger der Sozialhilfe an. Dazu bitte ich Sie, die anliegenden „Entbindungs-/Einwilligungserklärungen“ auszufüllen und unterschrieben an mich zurückzugeben.

Mit den Entbindungs-/Einwilligungserklärungen geben Sie dem Leistungsträger die Befugnis, sich die erforderlichen Daten direkt zu beschaffen. Dieses kann zur Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens führen.

Sofern Sie mit diesem Verfahren nicht einverstanden sind, also die Ihnen vorgelegten Einwilligungs-/Entbindungserklärungen nicht unterschreiben, bleiben Sie in der Pflicht, die Angaben selbst zu machen und zu belegen.

Sofern der Leistungsträger die erforderlichen Angaben bzw. Unterlagen nicht erhält, kann eine Leistung gemäß § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) gänzlich oder in Teilen versagt werden.

Die Entbindungs-/Einwilligungserklärungen werden von Ihnen freiwillig erteilt.

Die Entbindungs-/Einwilligungserklärungen können Sie jederzeit widerrufen.

Kreisverwaltung:

Hamburger Straße 17 / 18, 24306 Plön
E-Mail: verwaltung@kreis-ploen.de
Web: www.kreis-ploen.de
De-Mail: verwaltung@kreis-ploen.de-mail.de

Sprechzeiten:

Mo – Fr: 08.30 – 12.30 Uhr
Di: 14.30 – 18.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Bankverbindung:

Förde Sparkasse
BIC: NOLADE21KIE
IBAN: DE54 2105 0170 0000 0088 88
Gläubiger-ID: DE24ZZZ00000020780

Bitte geben Sie an, wer für Ihr Kind sorgeberechtigt ist:

- alleiniges Sorgerecht der Mutter alleiniges Sorgerecht des Vaters
 gemeinsames Sorgerecht

Mutter (Vorname, Name): _____

Adresse (Straße): _____

Adresse (PLZ, Wohnort): _____

Telefon (Festnetz): _____

Telefon (Mobil) : _____

E-Mail: _____

Vater (Vorname, Name): _____

Adresse(Straße): _____

Adresse (PLZ, Wohnort): _____

Telefon (Festnetz): _____

Telefon (Mobil) : _____

E-Mail: _____

Pflegeeltern / Einrichtung

Vorname, Name): _____

Adresse (Straße): _____

Adresse (PLZ, Wohnort): _____

Telefon (Festnetz): _____

Telefon (Mobil): _____

E-Mail: _____

Wohnort des Kindes vor Aufnahme in die Pflegefamilie:

Wohnort des Kindes, wenn nicht bei den leiblichen Eltern

Adresse (Straße): _____

Adresse (PLZ, Wohnort): _____

Mein/ Unser Kind besucht seit dem / soll ab dem _____ die **Schule**
_____ besuchen.

Name der Schule

Adresse der Schule

Klasse: _____ Name Klassenlehrer/in: _____

Telefonnummer der Schule

Telefonnummer des/der Klassenlehrers/in

Beantragt werden Hilfen zur angemessenen Schulbildung nach §§ 112 i. V. m. 75 SGB IX. Diese sollen den behinderungsbedingten individuellen Hilfebedarf meines/unseres Kindes abdecken und so eine angemessene Teilhabe am Schulunterricht ermöglichen. Eine Unterrichtsbegleitung/ einen Integrationshelfer halten wir für notwendig aufgrund einer:

- körperlichen Behinderung geistigen Behinderung

Hinweis: Für Kinder/Jugendliche mit einer seelischen Behinderung ist das Amt für Jugend und Sport im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII zuständig!

Pflegegrad (SGB XI) nein ja Grad: _____

Schwerbehinderung: nein ja GdB: _____ % Merkzeichen: _____

Bitte fügen Sie vorhandene Berichte, Gutachten und/oder Stellungnahmen diesem Antrag bei.

Wurde bereits ein **sonderpädagogischer Förderbedarf** überprüft (gemäß der Landesverordnung über Sonderpädagogische Förderung / SoFVO des Landes Schleswig-Holstein)?

Ja, es wurde folgender Förderschwerpunkt festgestellt:

- körperlich-motorische Entwicklung geistige Entwicklung Lernen
 Sprache Hören/Sehen sozial-emotionale Entwicklung

Ja, aber es liegt kein sonderpädagogischer Förderbedarf vor.

Bitte das sonderpädagogische Gutachten in Kopie beifügen.

Nein, es wurde noch kein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft, weil

Ich/Wir bestätige(n), dass meine/unsere Angaben vollständig und richtig sind.

Datum

Unterschrift(en) Sorgeberechtigte/r

Bitte reichen Sie die Anlage „Tätigkeitsfelder Schulbegleitung“ vollständig ausgefüllt mit ein.
Bitte reichen Sie darüber hinaus bitte auch die Anlage „Stellungnahme der Schule“ mit ein.
Im Rahmen unseres Serviceangebotes können diese Angaben auch direkt vom Amt für Soziales im Rahmen der Hilfeplanung eingeholt werden (sh. Entbindungs-/ Einwilligungserklärungen „Amt für Soziales“).

Bitte beachten Sie auch die folgenden Seiten 5 und 6 (Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten und Entbindungs-/ Einwilligungserklärungen) und geben diese ausgefüllt und unterschrieben zurück!

Diese Seiten sind Bestandteil des Antrages.

Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten:

1. Für die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen und die Durchführung einer individuellen Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX durch das Amt für Soziales ist es notwendig, Angaben zur persönlichen und gesundheitlichen Situation zu erheben und zu verarbeiten.
Ich weise Sie in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung verpflichtet ist,
 - alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
 - Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
 - sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.
2. Bei allen Erstanträgen und im Einzelfall auch bei Weiterbewilligungsanträgen wird Ihr Antrag an das Amt für Gesundheit des Kreises weitergeleitet (auf Wunsch auch an einen anderen, wohnortnahen, Sachverständigen), welches eine Stellungnahme zum Vorliegen einer Gesundheitsstörung sowie einer Körper- und Körperstrukturstörung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) für Ihr Kind abgeben wird.
3. Der Austausch bzw. die Weitergabe von Daten zu Ihrer Person bzw. der/dem von Ihnen Vertretenen mit der Schule sowie mit einer Einrichtung /einem Anbieter, welche/r eine Schulbegleitung stellen wird, ist für die individuelle Hilfeplanung und folgende Hilfestellung für Ihr Kind im Rahmen der Hilfen zur allgemeinen Schulbildung nach §§ 112 i.V.m. 75. SGB IX erforderlich.
4. Die Abgabe der nachfolgenden allgemeinen Entbindungs-/ Einwilligungserklärung (ohne Ankreuzen individueller Erlaubnisse) ist zwingend erforderlich, damit Ihr Antrag umgehend durch das Amt für Soziales und das Amt für Gesundheit bearbeitet werden kann.

**Datenschutzhinweise nach Art. 13/14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).
Aufgabe: Leistungsgewährung nach dem SGB IX (Eingliederungshilfe)**

1.	Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen:	Kreis Plön, Der Landrat -Amt für Soziales-, Hamburger Str. 17/18 24306 Plön E-Mail: verwaltung@kreis-ploen.de Tel. 04522-743-0
2.	Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten:	Kreis Plön Behördliche Datenschutzbeauftragte Außenstelle Krögen 6 24306 Plön E-Mail: datenschutz@kreis-ploen.de Tel. 04522-743-507
3.	Wofür werden die Daten verarbeitet:	Die Daten werden verwendet, um damit: - den individuellen Leistungsbedarf zu ermitteln, - zu prüfen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen, - die Leistungsgewährung mit den Trägern anderen Sozialleistungen zu koordinieren, - die Leistungen abzurechnen, - den Nachrang der Sozialhilfe wiederherzustellen; dazu werden von uns vorrangige Ansprüche, die Sie gegen Dritte haben, geltend gemacht und durchgesetzt.
4.	Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:	<input checked="" type="checkbox"/> Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten sind folgende gesetzliche Bestimmungen: Art. 6 Abs. 1 lit. e i.V.m. Abs. 2 DSGVO i.V.m. §§ 67 SGB X, § 67a SGB X i.V.m. § 118 SGB XII, § 60 SGB I, § 66 SGB I, LBIG, Landespflegegesetz
5.	Sofern Daten an Dritte (sowohl im In- als auch im Ausland) weitergegeben werden, sind diese hier aufgeführt:	<input type="checkbox"/> Daten an Dritte werden nicht weitergegeben. <input checked="" type="checkbox"/> Die Daten werden weitergegeben an: Träger anderen Sozial- und Rehabilitationsleistungen im Inland (z.B. Kranken- und Pflegekassen, die Rentenversicherung), das örtliche Sozialamt, Bundesamt für Statistik, Unterhalts- oder Kostenerstattungspflichtige, Arbeitgeber sowie Beteiligte nach § 118 SGB XII.
6.	Die Dauer, für wie lange die Daten gespeichert werden:	<input checked="" type="checkbox"/> Aufgrund gesetzlicher Regelung werden die Daten für 5 Jahre gespeichert.
7.	Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO):	Sie haben einen Anspruch zu erfahren, ob bzw. welche Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden. Darüber hinaus stehen Ihnen weitere Informationen entsprechend dem Katalog in Art. 15 DSGVO zu.
8.	Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO):	Sie haben ein Recht darauf, dass unrichtige personenbezogenen Daten berichtigt werden und unvollständige Daten vervollständigt werden.

9.	Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO):	Unter bestimmten in Art. 17 DSGVO genannten Voraussetzungen haben Sie einen Anspruch auf Löschung Ihrer personenbezogener Daten.
10.	Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)	Unter bestimmten in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen haben Sie einen Anspruch auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.
11.	Recht auf Datenübertragung (Art. 20 DSGVO)	Sie haben ein Recht darauf, dass über Sie gespeicherte Daten Ihnen in einem gängigen Format zur Verfügung gestellt werden.
12.	Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde	<p>Wenn Sie glauben, bei der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten in Ihren Rechten verletzt worden zu sein, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:</p> <p>Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98, 24103 Kiel, Tel.: 0431/988-1200, Telefax: 0431/988-1223, E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de</p> <p>Dieses geht Ihrer Beschwerde nach und unterrichtet Sie über das Ergebnis.</p>
13.	Recht auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO)	Sie haben das Recht, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einzulegen.
14.	Was ist die Folge, wenn Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten widersprechen:	Wenn Sie einer Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten widersprechen, kann dies dazu führen, dass eine schuldhaft Pflichtverletzung der Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB I führen, die zu einer Feststellung des Leistungsbedarfes maßgeblichen Daten fehlen somit zur Entscheidungsfindung über den Abschluss des Verwaltungsverfahrens. Wenn Sie die Daten, die für den Bezug der Leistungen erheblich sind, nicht preisgeben und dadurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagt werden, bis die Mitwirkung (Datenfreigabe) nachgeholt wurde, soweit die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Entbindungs-/ Einwilligungserklärungen:

Amt für Gesundheit: Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten, Datenweitergabe

Ich erkläre mich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass durch das Amt für Gesundheit des Kreises Plön Daten zur gesundheitlichen Situation, zum Vorliegen einer Gesundheitsstörung sowie einer Körper- und Körperstrukturstörung meines/unseres Kindes erhoben und dokumentiert werden und diese Daten dem Amt für Soziales des Kreises Plön zur Verfügung gestellt werden, soweit dieses für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Weiter bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mein/unser Kind nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an das Amt für Gesundheit weitergegeben werden können, soweit dieses für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch -SGB X-).

Amt für Soziales: Einholung von Auskünften, Übermittlung von Daten

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass Auskünfte von der Schule (z.B. Tätigkeitsfelder Schulbegleitung, Stellungnahme der Schule) und der Einrichtung / dem Anbieter, welche/r eine Schulbegleitung stellen wird eingeholt werden können.

Darüber hinaus bin ich / sind wir damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen eingeholt werden können, die ich/ wir im Antrag angegeben habe/n oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, nämlich:

- Kinderarzt Jugendamt Therapeuten
 Medizinischer Dienst Pflegekasse
 SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) / ZIP(Zentrum für Integrative Psychiatrie) / oder einem anderen anerkannten Gutachter _____

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung meines/unseres Kindes in dem erforderlichen Umfang der zuständigen Schule und der Einrichtung / dem Anbieter, welche/r eine Schulbegleitung stellen wird, übermittelt werden dürfen.

Weiter bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass Daten zur gesundheitlichen Situation, zur Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen

- Jugendamt Arzt übermittelt werden dürfen.

Ärzte: Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit stimme ich / stimmen wir der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber dem Kreis Plön, Der Landrat, Amt für Soziales, zu, soweit die Ärzte von mir / uns nachfolgend benannt werden und die Angaben zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch erforderlich sind.

Name: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

Widerrufsrecht

Ich bin / Wir sind darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich/wir diese o.a. Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann/können.

Ich bestätige/ Wir bestätigen, dass ich/ wir die Hinweise bezüglich der Folgen einer fehlenden Mitwirkung zur Kenntnis genommen habe/n.

Die Einwilligungserklärung wurde von mir/uns freiwillig erteilt.

Datum

Unterschrift(en) Sorgeberechtigte/r