

**Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach
§ 113 i.V.m. §§ 76 und 79 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

Heilpädagogische Hilfen für Kinder

Erstantrag

Weiterbewilligungsantrag

Kreis Plön
Der Landrat
Amt für Soziales
Eingliederungshilfe
Hamburger Str. 17/18
24306 Plön

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

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Staatsangehörigkeit: _____

Ggf. Aufenthaltsstatus: _____

die Kostenübernahme für Heilpädagogische Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX).

Wichtiger Hinweis:

Nachfolgend sind die Daten und Unterlagen aufgeführt, die zur Bearbeitung Ihres Antrages und zur Feststellung des Leistungsanspruches nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (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 Einwilligungserklärungen 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: _____
ggf. Name der Einrichtung

Adresse (Straße): _____

Adresse (PLZ, Wohnort): _____

Telefon (Festnetz): _____

Telefon (Mobil): _____

E-Mail: _____

Wohnort des Kindes vor Aufnahme in die Pflegefamilie /Einrichtung:

Mein/ Unser Kind besucht seit dem / soll ab dem _____ den **Kindergarten**
_____ besuchen.

Name des Kindergartens / Namen der Gruppe

Adresse des Kindergartens

Telefonnummer des Kindergartens

E-Mail des Kindergartens

Begründung: Bitte begründen Sie aus Ihrer Sicht, weshalb Ihr Kind eine Förderung benötigt, bei welchen Aktivitäten und Abläufen Ihr Kind besondere Schwierigkeiten hat:

Mein / Unser Kind hat eine/n:

Pflegegrad: nein ja, Grad: _____

Schwerbehinderung: nein ja, GdB: _____ % Merkzeichen: _____
(Bitte jeweils Nachweise beifügen.)

Eingliederungshilfe ist eine nachrangige Leistung (§ 91 SGB IX). Geben Sie daher bitte an, ob bereits medizinisch-therapeutische Maßnahmen für ihr Kind eingerichtet worden sind.

Bisherige/ Begleitende Maßnahmen:

Physiotherapie seit _____ bei _____

Ergotherapie seit _____ bei _____

Logopädie seit _____ bei _____

Im Rahmen unseres Serviceangebotes können diese Angaben auch direkt vom Amt für Soziales im Rahmen der Hilfeplanung eingeholt werden. Erteilen Sie dann bitte die entsprechenden Entbindungs-/ Einwilligungserklärungen unter dem Punkt „Amt für Soziales“ auf Seite 7 dieses Antrages.

Ich bestätige / Wir bestätigen, dass meine/ unsere Angaben vollständig und richtig sind.

Datum

Unterschrift(en) Sorgeberechtigte/r

Bitte beachten Sie auch die folgenden Seiten 4 bis 6 (Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten, Entbindungs-/ Einwilligungserklärungen und Datenschutzhinweise) 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. Bei allen Anträgen erfolgt eine individuelle Bedarfsfeststellung durch die Hilfeplanung. Im Einzelfall ist es erforderlich, dass die Hilfeplanung Kontakt zu der Kindertageseinrichtung und /oder auch zu der Frühförderstelle/Heilpädagogischen Praxis aufnimmt. Es ist für eine individuelle Hilfeplanung hilfreich, wenn Sie eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften von der Kindertageseinrichtung und/oder auch zu der Frühförderstelle/Heilpädagogischen Praxis erteilen (siehe auf Seite 5 unter dem Punkt „Amt für Soziales“).
4. Die Abgabe der nachfolgenden allgemeinen Entbindungs-/ Einwilligungserklärung ist zwingend erforderlich, damit Ihr Antrag umgehend durch das Amt für Soziales und das Amt für Gesundheit bearbeitet werden kann.
5. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt auf der Grundlage der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).
Bitte nehmen Sie auch die nachfolgenden Datenschutzhinweise nach Art. 13/14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), Aufgabe: Leistungsgewährung nach dem SGB IX (Eingliederungshilfe), zur Kenntnis (s. 5 und 6 des Antrages).

**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	Unter bestimmten in Art. 18 DSGVO genannten

	Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)	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 schuldhafte 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 aus ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten 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:

- Kindertageseinrichtung
- Frühförderstelle / Heilpädagogische Praxis
- 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 Zielsetzung der Hilfe sowie Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen meines/unseres Kindes der zuständigen Kindertageseinrichtung bzw. der zuständigen Heilpädagogen/in/Frühförderin in dem erforderlichen Umfang 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
- Kinderarzt
- _____

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 (sh. „Wichtiger Hinweis“ auf Seite 1).

Die Einwilligungserklärung wurde von mir/uns freiwillig erteilt.

_____, _____
Datum Unterschrift(en) Sorgeberechtigte/r