

Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach
§§ 53 ff. SGB XII i.V.m. §§ 26, 30 SGB IX

Heilpädagogische Hilfen für Kinder

Erstantrag

Weiterbewilligungsantrag

Kreis Plön
Amt für Soziales
Eingliederungshilfe
Postfach 7
24301 Plön

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

Name

Vorname

geb. am _____ die Kostenübernahme für Heilpädagogische Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) i.V.m. 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 Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) 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

Vorname, Name: _____

Adresse (Straße): _____

Adresse (PLZ, Wohnort): _____

Telefon (Festnetz): _____

Telefon (Mobil): _____

E-Mail: _____

Wohnort des Kindes vor Aufnahme in die Pflegefamilie:

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

Name des Kindergartens

Adresse des Kindergartens

Telefonnummer des Kindergartens

Begründung: Bitte begründen Sie aus Ihrer Sicht, weshalb Ihr Kind eine Förderung benötigt.

Mein / Unser Kind hat eine:

Pflegestufe: nein ja, Stufe: _____

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

Ihre Einschätzung des Förder-/ Unterstützungsbedarfs:

- kleinerer Förderbedarf (Frühförderung)
- größerer Förderbedarf (Einzelintegration, Integrationsgruppe, Heilpädagogische Kleingruppe)
- zusätzliche Betreuungskraft in der Kindertagesstätte

Eingliederungshilfe ist eine nachrangige Leistung (§ 2 SGB XII). 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 _____

Bitte reichen Sie bei jedem Antrag auch die Anlage

„STELLUNGNAHME DER KINDERTAGESEINRICHTUNG“

vollständig ausgefüllt mit ein.

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 5 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 und 5 (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 XII und 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, welches eine Stellungnahme zur Notwendigkeit der beantragten Maßnahme für Ihr Kind abgeben wird.
3. Sofern Ihr Kind eine Kindertageseinrichtung besucht, ist es für die individuelle Hilfeplanung hilfreich, wenn Sie eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften von der Kindertageseinrichtung erteilen (siehe auf Seite 5 unter dem Punkt „Amt für Soziales“).
Gleiches gilt für die Einholung von Auskünften für eine Frühförderstelle / Heilpädagogische Praxis (siehe auch unter 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.

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 Behinderung und zum Hilfebedarf 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 SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) Therapeuten
- Medizinischer Dienst Pflegekasse

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 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, Die Landrätin, 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 Zwölftes 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

Stellungnahme der Kindertageseinrichtung

Anlage zum Antrag auf Heilpädagogische Hilfen
nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Name des Kindes: _____ geb.am: _____

Kita: _____

Gruppe: _____ Erzieherin: _____

Gruppengröße: _____ Betreuungszeit: _____

Besucht das Kind regelmäßig die Kita: ja nein

Bei welchen Aktivitäten und Abläufen hat das Kind besondere Schwierigkeiten?

Wo liegen die Schwierigkeiten in den Entwicklungsbereichen?

Sprache: _____

Kognitive Entwicklung: _____

Motorik: _____

Wahrnehmung: _____

Sozial-emotionale Entwicklung: _____

Wo liegen die Ressourcen des Kindes? Was gelingt dem Kind gut?

_____ Datum

_____ Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters

_____ Unterschrift