

Kreis Plön  
Die Landrätin  
-Amt für Familie und Jugend-  
Hamburger Str. 17/18  
24306 Plön

**Antrag**  
auf Eingliederungshilfe  
gem. § 35a SGB VIII

**Antrag auf Kostenübernahme für die Durchführung von**

Bitte zutreffendes ankreuzen

- Integrationshilfe (Schülerbegleitung)**
- Entwicklungsförderung (Autismusspez.för.)**
- Legasthenie-Therapie**
- Dyskalkulie-Therapie**
- Heilpädagogische Einzelförderung**
- Maßnahme muss erst noch festgestellt werden**

Erstantrag

Folgeantrag

**für**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name der Schule

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Betreuender Arzt und/oder Therapeut

**Durch:**

\_\_\_\_\_  
Name des Anbieters der Schulbegleitung

\_\_\_\_\_  
Adresse des Anbieters der Schulbegleitung

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis/Institut

\_\_\_\_\_  
Adresse der Praxis/Institut

Sollten Ihnen bereits **klinische, psychologische** oder **sonderpädagogische Befunde** oder **Gutachten vorliegen**, fügen Sie diese bitte als Anlage diesem Antrag bei.



# KREIS PLÖN

## DIE LANDRÄTIN

-Amt für Familie und Jugend-

Az.: 2200 - \_\_\_\_\_

Zur Vorlage beim

**Träger der Jugendhilfe/Eingliederungshilfe:** Kreis Plön, Die Landrätin. Amt für Familie und Jugend, Hamburger Str. 17/18, 24306 Plön

### Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII)

#### Persönliche Angaben des Kindes/Jugendlichen:

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße: \_\_\_\_\_

#### Behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Therapeuten:

Von denen notwendige schulische, ärztliche, psychiatrische, pädagogische Auskünfte/Unterlagen eingeholt werden können

---

---

---

#### Schule/Soziale Dienste/Sozialhilfeträger\*/schulpsychologischer Dienst

Von denen notwendige schulische, ärztliche, psychiatrische, pädagogische Auskünfte/Unterlagen eingeholt werden können  
(\* z.B. wenn Frühförderung in der Kita gewährt wurde)

---

---

---

#### Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten

---

---

---

#### Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) und zur Hilfeplanung benötigt. Im Rahmen der Erstberatung soll Ihre aktuelle Situation und Ihr Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Ich weise Sie darauf hin, dass Sie im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
- Ihr Kind auf Verlangen einer ärztlichen oder psychiatrischen Untersuchung zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie unten stehende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 - 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch-SGB I-).

### **Einwilligungserklärung / Einholung von Auskünften/Untersuchung**

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Auskünfte aus **schulischen, ärztlichen, psychiatrischen und pädagogischen** Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, eingeholt und entsprechende Unterlagen angefordert werden können, die ich/wir im Antrag/auf Seite 1 angegeben habe/n **oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind und entbinden insoweit von der Schweigepflicht.**

Weiterhin erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass

- bei Hilfgewährung durch den **Allgemeinen Sozialen Dienst des Kreises Plön**
- bei Beratung durch den **schulpsychologischen Dienst des Kreises Plön**

notwendige ärztliche, psychiatrische, pädagogische, schulische Auskünfte/Unterlagen von dort eingeholt werden können

- durch das **Gesundheitsamt** Daten zur schulischen u. gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden oder drohenden (seelischen) Behinderung und zum Hilfebedarf erhoben und dokumentiert werden.

Ja  Nein

### **Übermittlung von Daten an den Träger der Jugendhilfe**

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Daten zur **schulischen und gesundheitlichen** Situation, zur (drohenden) Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Jugendhilfeträger übermittelt werden.

Ja  Nein

### **Übermittlung von Daten durch den Jugendhilfeträger**

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Daten zur **schulischen und gesundheitlichen** Situation, zur (drohenden) Behinderung, zur Zielsetzung der Hilfe, Angaben zu empfohlenen Hilfeleistungen sowie die Ergebnisse der Hilfebedarfsbewertung dem zuständigen Facharzt/Jugendamt/Sozialamt übermittelt werden dürfen.

Ja  Nein

### **Widerspruchsrecht / Widerruf Einwilligung**

Ich/Wir bin/sind darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich/wir solchen Übermittlungen generell vorab und jederzeit für die Zukunft widersprechen kann/können, wenn ich/wir hiermit nicht einverstanden bin/sind.

Meine/Unsere Einwilligungen kann/können ich/wir jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde/n ich/wir hingewiesen (siehe oben).

Ja  Nein

Die Einwilligungserklärung wurde von mir/ uns freiwillig erteilt.