

Antrag

auf Gewährung von Eingliederungshilfe

- Heilpädagogische Tagesstätte
- Schulbegleiter
- Schulvorbereitende Einrichtung Benutzungsgebühren



Beginn der gewünschten Hilfe: _____

Name und Adresse der Schulvorbereitenden Einrichtung Schule: _____

Name und Adresse der heilpädagogischen Tagesstätte: _____

Teilnahme am Mittagessen: Ja Nein

Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsort	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		Staatsangehörigkeit (Bitte Passkopie und Kopie des Aufenthaltstitels bei nicht EU-Bürgern beifügen)	
In Deutschland lebend seit Geburt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls nein , Datum der Einreise aus dem Ausland	
Krankenkasse (genaue Anschrift)		Versicherungsnummer (bei Familienversicherung: Versicherter!!)	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad: _____	Schwerbehindertenausweis (bitte Kopie des Ausweises und des Bescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Kind in ärztlicher bzw. therapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name u. Fachrichtung des Arztes/Therapeuten:	

Persönliche Verhältnisse	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsdatum/-ort		
Straße		
Telefon		
PLZ, Wohnort		
Familienstand		

Persönliche Verhältnisse	des Vaters	der Mutter
Staatsangehörigkeit		
Beruf		
Name, Anschrift des Arbeitgebers		
Pflegekind	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (→ Bitte Pflegebescheinigung und Vollmacht zur Ergänzung der Pflegevereinbarung gem. § 1688 BGB beifügen!)	
Name der Pflegeeltern		
Anschrift		
Zuständiges Jugendamt		

Der/Die Leistungsberechtigte/r lebt mit folgenden weiteren Angehörigen oder sonstigen Personen in Haushaltsgemeinschaft			
Name, Vorname	geb. am	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Leistungsberechtigten
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

- Die Behinderung ist Folge**
- eines Unfalles Ja Nein
 - eines Impfschadens Ja Nein
 - schuldhaften Verhaltens Dritter Ja Nein
 - eines Geburts-/Medizinschadens Ja Nein

Von welcher Stelle/Person gibt es hierfür Leistungen, z.B. Schadensersatz?
(Bitte Unterlagen beifügen!)

Werden noch andere Sozialleistungen bezogen? Ja Nein
(z.B. Grundsicherung/Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Familienzuschlag). Bitte eine Kopie des Bescheides beifügen.

Wenn ja, welche _____

Wurden in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen? Ja Nein

Wenn ja, Art der Leistung und bewilligende Stelle: _____

Es besteht Einverständnis, dass die Untersuchungsergebnisse der Überprüfung der Sonderschulbedürftigkeit bzw. der Notwendigkeit der Aufnahme der Tagesstätte für behinderte Menschen oder in eine integrative Kindertageseinrichtung, sowie der Bescheid des Staatl. Schulamtes dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe zugeleitet wird.

Es besteht Einverständnis, dass die Heilpädagogische Tagesstätte bzw. die Kindertageseinrichtung dort vorliegende ärztliche Unterlagen dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe zuleitet.

Es besteht Einverständnis, dass die Heilpädagogische Tagesstätte bzw. die Kindertageseinrichtung dem zuständigen Träger der Eingliederungshilfe auf Anforderung Entwicklungsberichte zuleitet.

Vorstehende Angaben habe/n ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten müssen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw. der
Sorgeberechtigten

Hinweis gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:
Bezirk Mittelfranken
Danziger Str. 5
91522 Ansbach
Tel.: 0981/4664-0
E-Mail: sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Mittelfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Mittelfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Mittelfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0981/4664-1040 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutz@bezirk-mittelfranken.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de)