

Landkreis Rostock Der Landrat Außenstelle Bad Doberan Sozialamt August-Bebel-Str. 3 18209 Bad Doberan www.landkreis-rostock.de	Sachbearbeiter/in:	Aktenzeichen/Org.: /
	ausgegeben am:	eingegangen am:

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen

Beantragt wird (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Erstantrag
 Folgeantrag

Teilhabe an Bildung (§ 112 i.V. mit § 75 SGB IX)	Soziale Teilhabe (§ 113 i.V. mit § 76 ff. SGB IX)
<input type="checkbox"/> Schulbegleiter <input type="checkbox"/> Schulbegleiter Hort <input type="checkbox"/> Autismus-Therapie	<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> integrativer Kitaplatz <input type="checkbox"/> 1:1 Betreuung Kita <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung * <input type="checkbox"/> Sonstiges * <small>*Bitte Hinweisblatt Einkommen / Vermögen beachten!</small>

I. Antragsbegründung

a) Zu förderndes Kind

Name	Vorname	
Geburtsort/-kreis	Geburtsdatum	

Geburtsland	Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus		
Straße/ Hausnummer/ Zusatz		
Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil		
seit wann am jetzigen Wohnort		
Name Hausarzt / Kinderarzt		
Name Facharzt		
Kita / Schule / Hort Name Ort seit wann <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit Bitte Entwicklungs- / Sachstandsbericht beifügen!		

Stammdaten (Mutter)		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Anrede	Vorname	Antragsteller hat sich ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B.: elektronischer Aufenthaltstitel) Gültig bis _____ AZR-Nummer _____ Personenkennummer (bei rumänischen und bulgarischen Staatsbürgern)
Familienname	Geburtsname (falls abweichend)	
Geburtsort/-kreis	Geburtsdatum	
Geburtsland	Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus		
Straße/ Hausnummer/ Zusatz		

Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil		Datum, Unterschrift SB
Telefon/Handy	E-Mail	
sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
berufstätig (mit Stundenangabe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Stammdaten (Vater)		Nur vom Sachbearbeiter auszufüllen!
Anrede	Vorname	Antragsteller hat sich ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B.: elektronischer Aufenthaltstitel)
Familienname	Geburtsname (falls abweichend)	
Geburtsort/-kreis	Geburtsdatum	Gültig bis
Geburtsland	Staatsangehörigkeit	AZR-Nummer
Aufenthaltsstatus		Personenkennnummer (bei rumänischen und bulgarischen Staatsbürgern)
Straße/ Hausnummer/ Zusatz		
Postleitzahl/ Ort/ Ortsteil		Datum, Unterschrift SB
Telefon/Handy	E-Mail	
sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
berufstätig (mit Stundenangabe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
------------	---	--

Name(n) und Anschrift der Pflegeeltern Telefonnummer	
Anschrift vor Aufnahme in die Pflegefamilie	
Zuständiges Jugendamt / Amtsvormund	

b) Angaben zu den bisherigen Hilfen (Bitte Berichte beifügen)

Sprachtherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der Jugendhilfe SGB VII (z.B. Hilfen zur Erziehung) welche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der Eingliederungshilfe welche bis wann wo	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

c) Angaben zu den bisherigen Behandlungen / Diagnosen

(bitte Berichte / Befunde beifügen)

bekannte Behinderung:	seit wann	
Schwerbehindertenausweis (bitte Feststellungsbescheid beifügen)		
Merkzeichen:		
GdB	gültig bis	
Auffälligkeiten bei		
Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
seit wann		
Bekannte Diagnosen		
seit wann		
Vorstellung im		
Sozialpädiatrischen Zentrum – SPZ	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
seit wann		
Beim Facharzt in laufender		
Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
welcher		
seit wann		

d) Angaben zu anderweitigen Ansprüchen

aus gesetzlicher / privater Krankenversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche Krankenkasse Leistung	
aus Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche Pflegekasse Pflegegrad <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
aus Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche Unfallkasse Leistung	
sonstige	

e) Grund der Antragstellung aus Sicht der Eltern bzw. Personenberechtigten

f) Welches Ziel soll mit der Eingliederungshilfe erreicht werden

g) Durch wen soll die beantragte Leistung erbracht werden (Angabe I-Kita, Frühförderstelle, Leistungserbringer)

Schlussfolgerungen, Unterschriften

Datenschutz (bitte gesondert unterschreiben!)

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch X – SGB X in Verbindung mit den Bestimmungen des SGB XII. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu. Sofern von einem anderen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, werden die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger angefordert. Vorstehende Ausführungen gelten auch für Erbringer von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II - SGB II und andere Rehabilitations- sowie Sozialleistungsträger.

Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträgers bzw. des Erbringers von Leistungen nach dem SGB II oder von Rehabilitations- bzw. Sozialleistungen ärztliche Berichte/ Gutachten/ Befunde oder Einkommens- oder Vermögens- bzw. sonstige Nachweise befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, **so erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten Träger diese an den zuständigen Sozialhilfe- oder Eingliederungshilfeträger weiterleiten dürfen.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Betreuer/ Sorgeberechtigter 1

Ort, Datum

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner/in/ Lebensgefährte/ Sorgeberechtigter 2

Erklärung zur Wahrheit der getätigten Angaben

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Erklärung zu Mitwirkungspflichten

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass mir bekannt ist, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch I – SGB I). Bei fehlender Mitwirkungspflicht kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. **Mir ist ferner bekannt**, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.

Erklärung Kenntnisnahme Merkblätter in der Anlage,

Erhalt Informationsblatt nach Art. 13 DS-GVO

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich die als Anlagen beigefügten Merkblätter zur Mitwirkungspflicht und Strafbarkeit falscher Angaben zur Kenntnis genommen und verstanden habe. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt des Informationsblattes nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Sorgeberechtigte

Informationen

nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung	Ansprechpartner
Landkreis Rostock Der Landrat Am Wall 3-5 18273 Güstrow www.landkreis-rostock.de	Sozialamt Amtsleiterbereich Geschäftsstelle Telefon: 03843/755 - 50999 E-Mail: sozialamt@lkros.de
Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten	
Landkreis Rostock Datenschutzbeauftragter Am Wall 3-5, 18273 Güstrow	Telefon: 03843 / 755 - 30001 E-Mail: datenschutz@lkros.de
Zweck der Datenverarbeitung:	
– Bearbeitung von Verfahren der Sozialhilfe (SGB XII), des Landesblindengeldgesetzes M-V (LBIGG M-V), der Kriegsopferfürsorge (KOF), des Unterhaltssicherungsgesetzes (USG), des Pflegewohngeldes M-V (§ 9 LPflegeG M-V) sowie des beruflichen Rehabilitationsgesetzes (BerRehaG)	
Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:	
– Art. 6 Abs. 1 lit. c. DS-GVO i.V.m. <ul style="list-style-type: none">○ SGB IX, SGB XII, KOF: §§ 67a ff. SGB X○ § 9 LPflegeG M-V: § 12 Abs. 4 S. 4 LPflegeG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X○ LBIGG M-V: § 10 LBIGG M-V i.V.m. §§ 67a ff. SGB X○ BerRehaG: § 19 BerRehaG i.V.m. §§ 1 ff. BDSG○ USG: §§ 1 ff. BDSG	
Folgen bei Nichtbereitstellung der Daten durch die betroffene Person:	
Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, für einen Vertragsabschluss erforderlich oder die betroffene Person ist verpflichtet die personenbezogenen Daten zur Antragsbearbeitung bereitzustellen. Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung bzw. Zurückhaltung von personenbezogenen Daten sind: Die Bearbeitung ist nicht oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung möglich.	
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:	
– Leistungsempfänger/gesetzliche Vertreter/Bevollmächtigte, Unterhaltsverpflichtete/Erben, Sozialleistungsträger/Behörden/Gerichte, Leistungsanbieter, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Statistisches Landesamt M-V.	
Geplante Datenübermittlung in ein Drittland oder an eine internationale Organisation	
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, weitere Informationen gem. Art. 13 Abs. 1 lit. f) bzw. Art. 14 Abs. 1 lit. f) DS-GVO	
Speicherdauer der Daten, bzw. die Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer:	
– Die Speicherdauer für die erhobenen Daten richtet sich unter Beachtung gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Aufbewahrungsfristen nach Art. 5 Abs. 1 lit. e DS-GVO i.V.m. § 76b SGB X bzw. §§ 1 ff. BDSG.	
Information zu Betroffenenrechten	
Auf Ihre Rechte zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlagen hierfür sind die Art. 15 bis 21 DS-GVO. Beruht die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sie haben das Recht Beschwerden beim Landesbeauftragten für Datenschutz zu erheben. Postanschrift: Schloss Schwerin, Lennéstraße 1, 19053 Schwerin, Tel.: 0385 / 59494-0 oder E-Mail: info@datenschutz-mv.de .	