Landkreis Wittmund
50 – Sozialamt
Dohuser Weg 34
26409 Wittmund

LANDKREIS WITTMUND
Der Landrat

Antrag auf Eingliederungshilfe für Kinder

nach dem Sozialgesetzbuch IX
-Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen-

Beantragte Leistung

☐ Neuantrag Einzelfrühförderung ☐ Weiterbewilligung Einzelfrühförderung

☐ Neuantrag Gruppenfrühförderung ☐ Weiterbewilligung Gruppenfrühförderung

Leistungserbringer (der beantragten Hilfe)

Name der Einrichtung: **Frühförderung Schatzkiste**
Adresse: **Leepenser Weg 2, 26409 Wittmund**

Nachfragende Person (Kind)

Name:	Vorname:	
Adresse:		Telefon Nr. der Eltern:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Staatsangehörigkeit:*	
Wohnverhältnisse: ☐ bei den Eltern ☐ bei:	Kranken- und Pflegeversicherung bei: (Name, Adresse und Versicherungsnummer)	
Steuer-Identifikationsnummer:		

* Nachweis Aufenthaltstitel beifügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt

Angehörige (die mit dem Kind im selben Haushalt leben)

	Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsan-gehörigkeit	Familien-stand
Mutter/Pflege-mutter*				
Vater/Pflege-vater*				

* Nichtzutreffendes bitte streichen

	Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsan-gehörigkeit	Familien-stand
Geschwister				
Geschwister				
Geschwister				

Weitere Familienangehörige bitte auf einem gesonderten Blatt erfassen

Sorgeberechtigt (falls abweichend)

Name, Vorname und Anschrift

Kostenträger für die Vollzeitpflege bzw. Erziehungsstelle

Behörde und Anschrift

Schwerbehinderung

Schwerbehinderung festgestellt?

☐ Nein ☐ Ja, Grad der Behinderung: _____* Merkzeichen: _____

* bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen

Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

☐ keine Einstufung

☐ Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am: _____

☐ Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am: _____

☐ Einstufung in Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Beginn der Anerkennung: _____*

*bitte Kopie des MDK-Gutachtens beifügen

Antragsbegründung

Ärztliche Diagnosen: *

Schildern Sie den Grund für die Beantragung der Leistung:

_____

_____

_____

_____

Erhält Ihr Kind zurzeit besondere Therapien, Förderangebote oder Hilfen?

☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Familienhilfe ☐ Erziehungshilfe

☐ Tagesmutter ☐ andere Hilfen: _____

Was macht Ihr Kind in der Freizeit?

_____

_____

* bitte Arzt- und Klinikberichte beifügen

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungs- bzw. Jugendhilfe erhalten bzw. bekommt Ihr Kind z. Z. derartige Leistungen?

☐ Nein ☐ Ja, was/wann: _____

Von wem : _____

Seit wann lebt Ihr Kind im Bereich des Landkreises Wittmund? (bitte möglichst genau das Datum angeben) **Bei Zuzug: Wo hat es vorher gelebt und wie lange?**

Seit _____ im Landkreis Wittmund.

Vorher _____

Ist die Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalls, Impfschadens, Gewalteinwirkung o.ä. eingetreten?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Bestehen Schadensersatzansprüche bzw. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz?

☐ Nein ☐ Ja – gegen wen? Name und Anschrift:

Mitwirkungspflicht

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich gemäß §§ 60 ff Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitteilen muss. Ebenso bin ich verpflichtet, jeden Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, umgehend zu melden.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche selbst keine Forderung mehr gegen die anderen Leistungsträger unmittelbar geltend machen kann.

Datenschutz

Auf die Datenschutzbestimmungen bin ich hingewiesen worden.

Schweigepflichtentbindung

Die Schweigepflichtentbindung ist Bestandteil des Antrages und ist als Anlage beigefügt.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift Erziehungsberechtigte/r**

Sollten Sie Fragen bezüglich des Antrages haben oder Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, wenden Sie sich gerne an folgende Mitarbeiter der Eingliederungshilfe:

Frau Bruns	Frau Hermes	Frau Janssen	Herr Peters
04462/86 1352	04462/86 1317	04462/86 1318	04462/86 1316

Landkreis Wittmund
50 – Sozial- und Jugendamt, Eingliederungshilfe
Dohuser Weg 34
26409 Wittmund

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich:

Name:	Vorname:
Adresse:	Geburtsdatum:

folgende Ärzte und Institutionen:

Gesundheitsamt	Landkreis Wittmund, Gesundheitsamt Dohuser Weg 12b, 26409 Wittmund
Jugendamt	Landkreis Wittmund, Jugendamt Dohuser Weg 34, 26409 Wittmund
Hausarzt	
Facharzt	
Therapeuten (z.B. Ergo-, Logo-)	
Schule/ Kindergarten	
Sonstige	

gegenüber der Eingliederungshilfestelle des Landkreise Wittmund, im Einzelnen

Frau Frauke Becker, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Frau Margrit Bruns, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Herrn Holger Eilts, Hilfeplaner in der Eingliederungshilfe
Frau Insa Hermes, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Frau Kyra Janssen, Sachbearbeiterin in der Eingliederung
Frau Bianca Kopke, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe
Herrn Helmut Peters, Sachbearbeiter in der Eingliederung
Frau Indra Rüdebusch-Klanke, Hilfeplanerin in der Eingliederungshilfe

ausdrücklich von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit in Bezug auf

1. den Austausch über meine Erkrankungen, meine Gesundheitsprobleme und meine Beeinträchtigungen
2. Übersendung der dort vorliegenden ärztlichen Befundberichte, Klinikberichte, Gutachten, Stellungnahmen, Entwicklungsberichte, Pflegedokumentationen etc.

Die Entbindung gilt wechselseitig.
Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Landkreis Wittmund
50 – Sozial- und Jugendamt, Eingliederungshilfe
Dohuser Weg 34
26409 Wittmund

LANDKREIS WITTMUND
Der Landrat

Datenschutzrechtliche Hinweise

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt.
Die von Ihnen gemäß § 67a SGB X mit dem Antrag 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 in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO ist der Landkreis Wittmund, Landrat Herr Heymann, Sozial- und Jugendamt, Abt. 50.3, Am Markt 9, 26409 Wittmund, Fax: 04462/86-1313, Tel.: 04462/86-01, E-Mail: sozialamt@lk.wittmund.de.

Ihre Daten können von o. g. Verantwortlichen im Rahmen der Aufgabenerfüllung gemäß §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden.
Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX).

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.
Längstens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihres Leistungsbezuges.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung, Vervollständigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Den Datenschutzbeauftragten des o. g. Verantwortlichen erreichen Sie unter:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Landkreises Wittmund
Zweckverband KDO
Elsässer Straße 66
26121 Oldenburg
E-Mail: datenschutz@kdo.de

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden bezüglich der Datenverarbeitung an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden. Sie erreichen diese unter: Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511 - 120 4500 / Fax: 0511 - 120 4599,
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de.

Bitte lösen Sie dieses Blatt vom restlichen Antrag und nehmen es zu Ihren persönlichen Unterlagen!