

## ABFRAGE des Trägers der Eingliederungshilfe

von persönlichen Angaben von minderjährigen Antragstellern zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für die Eingliederungshilfe in Form von u. a.:

- ▶ Heilpädagogischen Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (z. B. Frühförderung, integrative Kindertagesstätte)
- ▶ Eingliederungshilfe – integrativer Hort
- ▶ Hilfen zur Teilhabe an Bildung (z. B. Integrationshelfer, Hilfsmittel)

**Hinweis:**

Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 sowie Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen Beweisurkunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

### 1. Persönliche Verhältnisse des Antragstellers (Daten des Kindes)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen

Familiename (ggf. Geburtsname)	
Vorname(n)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Wohnanschrift (Hauptwohnsitz) (Straße, Nr., PLZ, Ort)	_____
Geburtsdatum	
gesetzlicher Vormund vorhanden (nicht Sorgeberechtigte/r)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Nachweis mit Urkunde einreichen)
Unterbringung in einer anderen Familie (Pflegeeltern, Ver- wandte, sonstige Personen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift: _____
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Dokument vorlegen)	
Schwerbehinderung (Dokument vorlegen)	Grad der Behinderung (GdB): Merkzeichen:
Pflegebedürftigkeit und Leistung (Bitte Bescheid und MDK-Gutachten beifügen)	Pflegegrad: Leistung: <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen

## 2. Persönliche Angaben der/s Erziehungsberechtigte/n

	Kindesmutter	Kindesvater
Familienname (ggf. Geburtsname)		
Vorname(n)		
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	_____ _____	_____ _____
Telefonnummer		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 3. Angaben zur Kindertagesstätte / Schule

Was besucht Ihr Kind	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte Betreuungsumfang in Stunden / Tag: _____ geplanter Schuleintritt: _____	<input type="checkbox"/> Schule
Name der Einrichtung: _____		

## 4a. Angaben zur Beeinträchtigung (Bitte Unterlagen dazu vorlegen, falls vorhanden)

Bekannte ärztliche Diagnosen	_____ _____
Auffälligkeiten in der Entwicklung und deren Auswirkungen	_____ _____
Durch wen und wann wurden die Störungen der Entwicklung bzw. die gesundheitlichen Beeinträchtigungen erstmals bemerkt?	<input type="checkbox"/> Eltern/Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> andere: _____ Wann? _____
Erhalten Sie Hilfe zur Erziehung (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Kontaktdaten (Telefonnummer / Adresse) eintragen: _____ _____

**4b. Angaben zu bisherigen Förderungen, Behandlungen und Therapien (Bitte entsprechende Nachweise beifügen.)**

	Zeitraum (von/bis)	Dienst / Erbringer
Ergotherapie	_____	_____
Logopädie	_____	_____
Physiotherapie	_____	_____
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	_____	_____
Humangenetik	_____	_____
Kindertagesstätte (Elterngespräch)	_____	_____
Sonstiges	_____	_____

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass dem Antragsteller/der Antragstellerin/dem gesetzlichen Vertreter die Informationen zur Datenverarbeitung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) mitgeteilt wurden.

Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.

► Im Falle eines Anspruches auf Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit dem Antragsteller/der Antragstellerin ein Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Die Angaben im Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren werden gemeinsam mit dem Antragsteller/der Antragstellerin/dem gesetzlichen Vertreter erstellt. Diese Angaben dienen der Hilfeplanung im Rahmen des Einsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe.

Mit der Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin/des gesetzlichen Vertreters erklärt sich diese/r damit einverstanden, dass die erfassten Daten für die Durchführung der Hilfeplanung verwendet werden.

**Hinweis auf § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Folgen fehlender Mitwirkung –**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 SGB I nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 SGB I nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Gesetzlicher Vertreter

## Einverständniserklärung

für (Vorname und Familienname des Kindes, Geburtsdatum)

---

---

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zwischen dem Leistungserbringer, anderen am Antragsverfahren Beteiligten und dem Amt für Soziales und Integration der Stadt Dessau-Roßlau ein Austausch von Personendaten in mündlicher oder schriftlicher Form erfolgen darf sowie Auskünfte einholt und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen in dem Umfange bezieht, wie diese Aufschluss über die von mir geltend gemachten Behinderungen geben können.

Ich gebe mein / Wir geben unser Einverständnis, dass Informationen im Zusammenhang mit der Durchführung des Gesamtplanverfahrens (insbesondere an Frühförderstellen, Schulen, Kindergarten, Jugendamt) sowie sonstige mitbetreuende Stellen (hier bitte genaue Bezeichnung) eingeholt und weitergegeben werden dürfen:

---

---

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die Entscheidung über den Antrag für mein o. g. Kind an das Gesundheitsamt der Stadt Dessau-Roßlau weitergeleitet werden kann.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit dem Antrag nach dem SGB IX eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verwaltungsverfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche Aufgaben, z. B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen, soweit sie für die genannten Zwecke erforderlich sind (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter