

Landkreis Wesermarsch  
 Der Landrat  
 Fachdienst 50 – Soziales  
 Poggenburger Straße 15  
 26919 Brake



**Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX  
 - Kinder und Jugendliche -**

**I. Beantragte Leistung**

**Ambulante Eingliederungshilfe:**  
 Frühförderung als Komplexleistung  Schulbegleitung / Integr. Hilfe  
 Heilpädagogische Frühförderung  Autismustherapie  
 Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Ab: \_\_\_\_\_

**Eingliederungshilfe in Kindertagesstätte / Tagesbildungsstätte:**  
 Integrationskrippe  Sprachheilkindergarten  
 Integrationskindergarten  Tagesbildungsstätte  
 Heilpädagogischer Kindergarten  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
**Mit Mittagsverpflegung:**  Ja  Nein  
 Ab: \_\_\_\_\_

**Eingliederungshilfe über Tag und Nacht:**  
 Wohnheim  Internat  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Ab: \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des gewünschten Leistungsanbieters:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Hinweis: durch die Bedarfsfeststellung kann sich eine abweichende erforderliche Leistung ergeben*

**Haben Sie in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt oder erhalten?**  Ja, bis \_\_\_\_\_  Nein

Wenn Sie "Ja" angekreuzt haben, geben Sie folgendes an:  
 Eingliederungshilfeträger: \_\_\_\_\_  
 Vom Träger gewährte Leistung: \_\_\_\_\_

**II. Angaben zum Kind**

**Name, Vorname (ggf. früherer Name):** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  divers  
 männlich  weiblich

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Anschrift (Straße, Nummer, PLZ, Ort):**  
 \_\_\_\_\_

**Asylberechtigt:**  Ja  Nein  
*Hinweis: Nachweis zum Aufenthaltstitel ist beizufügen, wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt*

**Zuzug – wenn ja: wann und von wo:**  
 \_\_\_\_\_

**Anzahl der minderjährigen Geschwister im Haushalt:**  
 \_\_\_\_\_

<b>III. Angaben zu den leiblichen Eltern</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Mutter</b>		
Name, Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Anschrift:		
Telefonnummer:		Familienstand:
Email-Adresse:		
<input type="checkbox"/> <b>Vater</b>		
Name, Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsgenhörigkeit
Anschrift:		
Telefonnummer:		Familienstand:
Email-Adresse:		

<b>IV. Elterliche Sorge/Vormundschaft/Pflegschaft</b>
<b>Wer ist personensorgeberechtigt?</b>
<input type="checkbox"/> Kindesmutter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> beide Elternteile
<i>Hinweis: Bei Vormundschaft oder Pflegeeltern bitte Nachweise beifügen!</i>
<b>Bei Pflegekindern bitte folgende Angaben machen!</b>
Name der Pflegeeltern:
Anschrift der Pflegeeltern:
Telefonnummer der Pflegeeltern:
Email-Adresse der Pflegeeltern:
Datum der Aufnahme in der Pflegefamilie:
Vorheriger Aufenthaltsort des Kindes:
Zuständiges Jugendamt:

<b>V. Wohn- und Lebensverhältnisse in der der Vergangenheit und heute</b>	
Jahr	Wohn-/ Lebenssituation:

<b>VI. Vorschulische Situation</b>			
Krippe	Name, Anschrift:	von:	bis:
Kindergarten	Name, Anschrift:	von:	bis:
<b>Hinweis : Falls vorhanden, bitte einen Entwicklungsbericht beifügen!</b>			

<b>VII. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung</b>	
<b>Ist das Kind kranken- oder pflegeversichert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>1. Name der Krankenkasse:</b>	
<b>2. Adresse (Straße, PLZ und Ort):</b>	
<b>3. Versicherungsnummer des Kindes:</b>	
<b>4. Beihilfeberechtigung:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>VIII. Familienkasse</b>	
<b>Zuständige Familienkasse (vollständige Anschrift):</b>	
<b>Kindergeldnummer:</b>	

<b>IX. Gesundheitliche Situation (unbedingt Nachweise beifügen!)</b>	
<b>Diagnose/Kurzangaben:</b> _____ _____	
<b>Hinweis : Falls vorhanden, sind aktuelle ärztliche Unterlagen beizufügen!</b>	
<b>Es liegt eine</b> <input type="checkbox"/> geistige <input type="checkbox"/> körperliche <input type="checkbox"/> seelische Behinderung vor.	
<b>Schwerbehindertenausweis vorhanden:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Hinweis: Wenn ja, bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!</b>	
<b>Pflegebedürftigkeit:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegegrad: _____ seit: _____	
<b>Hinweis: Wenn ja, bitte Kopie des MDK Gutachtens beifügen!</b>	
<b>Ursache der Behinderung:</b>	
<input type="checkbox"/> durch/seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> sonstige Gründe:	
<b>Bestehen privatrechtliche oder gesetzliche Ansprüche aufgrund der Behinderung:</b>	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen: _____	
<input type="checkbox"/> Anspruch auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz	
<input type="checkbox"/> Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge	

<b>X. Finanzielle Situation</b>	
<b>Beziehen Sie existenzsichernde Leistungen?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/> Wohngeld
<input type="checkbox"/> Bürgergeld (Arbeitslosengeld II)	<input type="checkbox"/> Bildung und Teilhabe (BuT)
<input type="checkbox"/> Grundsicherung	<input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z. B. Unfall-, Waisen-, Sonstige)
<input type="checkbox"/> Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<i>Hinweis: Wenn ja, dann sind Nachweise beizufügen!</i>	

<b>XI. Weitere Antragsbegründung/Sonstige Anmerkungen</b>
<input type="checkbox"/> Bei meinem Kind wurde eine Behinderung festgestellt
<input type="checkbox"/> Mein Kind ist von einer Behinderung bedroht bzw. ist entwicklungsverzögert und bedarf einer heilpädagogischen Förderung
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe:
_____
_____
_____
_____

<b>XII. Unterschrift</b>						
Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Soziale Angelegenheiten mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Datum</th> <th style="width: 50%;">Vor- und Nachname</th> <th style="width: 25%;">Unterschrift</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift			
Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift				

**Anlagen zu diesem Antrag:**

1. Schweigepflichtsentbindung
2. Merkblatt zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Landkreis Wesermarsch Fachdienst 50 – Soziales Eingliederungshilfe Poggenburger Straße 15 26919 Brake
---

- Bitte zurück an den Landkreis Wesermarsch -

## Schweigepflichtsentbindung

**Diese Schweigepflichtsentbindung gilt in allen Punkten nur, soweit es für die Hilfestellung und zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs erforderlich ist.  
Sie bezieht sich auf personenbezogene Daten und medizinische Befunde.**

Zur Ermittlung des Hilfebedarfs ist meist ein ärztliches Gutachten durch den Fachdienst Gesundheit notwendig. Hierzu sind medizinische Vorbefunde und Entwicklungsberichte erforderlich. Der gutachterlich tätige Arzt ist hiermit gegenüber dem Träger der Hilfe von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass

- personenbezogene Daten innerhalb des Landkreises Wesermarsch zwischen dem Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt übermittelt werden, im Bedarfsfall auch dem Landesjugendamt Oldenburg.
- der Träger der Hilfe die Akten anderer Sozialleistungsträger einsieht, von denen ich/wir in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe/n.
- mit anderen Rehabilitationsträgern Kontakt aufgenommen und der Antrag weitergeleitet werden kann.
- der Leistungsanbieter sowie die aktuelle Kindertagesstätte / Schule eine Ausfertigung des Bescheides über die Bewilligung des Antrages inklusive des ärztlichen Zeugnisses vom Fachdienst Gesundheit erhalten.
- dass der Leistungsanbieter auch zukünftig zu erstellende Entwicklungsberichte (Zwischen- und Abschlussberichte) zur Verfügung stellt.

Ich/Wir entbinde/n folgende Stellen von der Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe sowie gegenüber dem Fachdienst Gesundheit - bitte ggf. unten aufführen bzw. ggf. aus der Liste streichen:

- den ambulant behandelnden Kinderarzt oder Hausarzt
- das letztbehandelnde Krankenhaus
- ambulant behandelnde Fachärzte (HNO, Augenarzt, Pädaudiologie, Neurologie, Psychiatrie)
- ambulant behandelnde Therapeuten (Logopädie, Ergotherapie usw.)
- die Interdisziplinäre Frühförderstelle IFF in Brake
- das Sozialpädiatrische Zentrum Oldenburg (oder entsprechend)
- die Fachberatung Hören, Sprache und Sehen des Landes Niedersachsen
- die aktuelle Kindertagesstätte bzw. Schule
- den bisherigen und/oder zukünftigen Leistungsanbieter (Frühförderung, I-Kindergarten etc.)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

## Merkblatt

### Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO) zum Gesamt- und Teilhabepflichtverfahren Niedersachsen

#### - Zurück an den Landkreis Wesermarsch

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO:

Landkreis Wesermarsch  
Fachdienst 50 – Soziales  
Poggenburger Straße 15  
26919 Brake  
Tel: 04401 927-0  
E-Mail:

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs- oder Sozialhilfe gestellt.

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

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 141 ff SGB II bzw. §§ 117 ff SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1c DSGVO.

Ihre Daten können von o.g. Verantwortlichen im Rahmen der 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. Eine Weitergabe Ihrer Daten in Länder außerhalb der EU oder an internationale Organisationen erfolgt nicht.

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

Grundsätzlich erfolgt keine Entscheidung, die ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt.

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.

Gegenüber dem Verantwortlichen können folgende Rechte geltend gemacht werden

- Rechte auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivierungsvorschriften einer Löschung entgegenstehen
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung
- Widerrufsrecht für zukünftige Verarbeitungen

Den/die Datenschutzbeauftragten des o.g. Verantwortlichen erreichen Sie per E-Mail bzw. postalisch unter  
Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Landkreises Wesermarsch  
Zweckverband KDO (Kommunale Datenverarbeitung Oldenburg)  
Elsässer Straße 66  
26121 Oldenburg  
E-Mail: [Datenschutz@kdo.de](mailto:Datenschutz@kdo.de)

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.

---

Datum, Ort

Unterschrift