

Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

I. Angaben zum/zur Leistungsbegehrenden			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit:			
Aufenthaltsstatus (Ausländer/in):			
Wohnanschrift: <i>(bitte Meldebescheinigung vorlegen)</i>			
E-Mail-Adresse:			
In der Vergangenheit wurden bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen:	<input type="checkbox"/> ja von: _____.____._____ bis: _____.____._____	<input type="checkbox"/> nein	
	durch: _____ <i>(bitte letzten Bescheid vorlegen)</i>		
In den zwei Monaten vor Antragstellung war der Aufenthalt unter folgender Adresse:			
behandelnde Ärzte:			
Diagnose/n (ICD-10 oder benennen): <i>(bitte Nachweise vorlegen)</i>			
Feststellung Schwerbehinderung:	<input type="checkbox"/> ja, mit GdB: _____ <i>(bitte vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> nein	
Behinderung wegen:	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Gewaltverbrechen	<input type="checkbox"/> Impfschaden
Ansprüche aus Entschädigungsrecht:	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <i>(bitte vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> nein	
Leistungen nach dem LBlindG wegen: <i>(bitte Nachweis vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> hochgr. Sehbehinderung	
	<input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit	<input type="checkbox"/> schwerstbeh. Kind	
Krankenkasse, Anschrift:			
pflegebedürftig nach dem SGB XI:	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad (1-5): _____ <i>(bitte vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> -sachleistung	<input type="checkbox"/> Kombileistung
Tagesstrukturierung (Kita, Schule, Ausbildungs-, Arbeitsstätte, Tagespflege, WfbM, Förder- und Betreuungsbereich):	<input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift seit: _____		<input type="checkbox"/> nein
gerichtliche Betreuung: <i>(bitte Nachweis vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja, Name: _____		<input type="checkbox"/> nein
	Kontakt: _____		
Sorgerecht: <i>(bitte Nachweis vorlegen)</i>	Mutter:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Vater:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Amtsvormund-, Ergänzungspflegschaft: <i>(bitte Nachweis vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja, Name: _____		<input type="checkbox"/> nein
	Kontakt: _____		
Unterbringung in einer anderen Familie: <i>(Pflegefamilie, Verwandte o. ä.)</i>	<input type="checkbox"/> ja, bei: _____		<input type="checkbox"/> nein
	Kontakt: _____		
sozialpädagogische Familienhilfe:	<input type="checkbox"/> ja, Name: _____		<input type="checkbox"/> nein
	Kontakt: _____		

IV. Anlagen

Die nach I./II. abgeforderten Nachweise und Unterlagen werden mit diesem Formblatt vorgelegt. Der Antragsvorgang kann erst bei Vollständigkeit der geforderten Auskünfte abschließend bearbeitet werden. Nachforderungen führen zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung.

Folgende Anlagen liegen dem Antrag bei (bitte ankreuzen):

- Meldebescheinigung nach SächsMG
- letzter Leistungsbescheid Eingliederungshilfe von anderem Träger der Eingliederungshilfe
- Nachweis über Erkrankung (Berichte, Gutachten, Stellungnahmen, Bescheinigungen u. ä.)
- Therapieberichte (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)
- Feststellung Schwerbehinderung
- Nachweis Ansprüche aus Entschädigungsrecht
- Leistungsbescheid LBlindG
- Nachweis Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI
- Nachweis bei gerichtlicher Betreuung (sofern Leistungsbegehrende/r über 18. Lj.)
- Nachweis über Sorgerecht (sofern Leistungsbegehrende/r unter 18. Lj.)
- Nachweis Amtsvormund-, Ergänzungspflegschaft (sofern Leistungsbegehrende/r unter 18. Lj.)

V. Erklärung

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund der §§ 60-65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie etwaiger Ansprüche gegenüber Drittverpflichteten benötigt. Bei fehlender Mitwirkung Ihrerseits kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind. Es ist bekannt, dass man sich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar macht (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstattet werden müssen.

Es wird das Einverständnis erklärt, dass die zuständigen Stellen (z. B. behandelnde Ärzte, Therapeuten, öffentlicher Gesundheitsdienst, Kranken-/Pflegekasse, Tageseinrichtung, -tagespflege, Bildungsstätten, Stätte zur Tagesstrukturierung o. ä.) zur Nachprüfung dem Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Sozial- und Ausländeramt, die notwendigen Auskünfte erteilen dürfen und damit personenbezogene Daten offenbaren. Das Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Sozial- und Ausländeramt, wird ermächtigt, die für die beantragte Leistung notwendigen Auskünfte durch Dritte zu beschaffen (Einverständnis zur Offenbarung personenbezogener Daten nach § 67 SGB X). Es ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann oder auch zuständige Stellen schriftlich benannt werden können, von denen keine Auskünfte bezogen werden dürfen.

Das Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Sozial- und Ausländeramt, wird ermächtigt, die für die beantragte Leistung notwendigen Auskünfte durch Dritte zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Weiterhin wird es ermächtigt, im Einzelfall Daten an Verfahrensbeteiligte (z. B. Leistungserbringer, Bildungsstätte, Tageseinrichtung, Stätte zur Tagesstrukturierung o. ä.) nach geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu übermitteln. Es wird die Einwilligung nach § 67 b SGB X erteilt. Dies gilt ebenfalls für Gesamtplan- und Teilhabeplanverfahren nach dem SGB IX.

Jede Änderung der persönlichen Verhältnisse, insbesondere des Aufenthaltsverhältnisses des/der o. G., wird unaufgefordert und unverzüglich dem Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Sozial- und Ausländeramt, mitgeteilt.

Die Hinweise zum Datenschutz unter VI. wurden zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in / Personensorgeberechtigte/r* /
gerichtlich bestellte/r Betreuer/in

*Ein/e allein unterzeichnende/r Personensorgeberechtigte/r erklärt mit Unterschrift, dass das alleinige Sorgerecht besteht bzw. eine Bevollmächtigung vorliegt, für den/die weitere/n Sorgeberechtigte/n.

VI. Hinweise zum Datenschutz

Datenschutz:

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der vorstehenden Daten im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB IX i. V. m. § 67 a Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 SGB I.

Bei der Erstellung des Gesamtplanes oder Teilhabeplanes und für die Durchführung der Gesamtplan- oder Teilhabeplankonferenz ist der Träger der Eingliederungshilfe die verantwortliche Stelle für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten nach § 67 Abs. 9 SGB X sowie Stelle im Sinne von § 35 Abs. 1 SGB I, wenn das Verfahren in seiner Verantwortung durchgeführt wird.

Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen zustehenden Rechte gemäß der o.g. DSGVO:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung:

Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Landratsamt
Sozial- und Ausländeramt
Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe
Referatsleiter/in
Hausanschrift: 01705 Freital, Dresdner Straße 107
Postanschrift: 01782 Pirna, Postfach 10 02 53/54
Telefon: 03501 515-2230
E-Mail: eingliederungshilfe@landratsamt-pirna.de

Kontakt Daten Datenschutzbeauftragte/r:

Hausanschrift: 01796 Pirna, Schloßhof 2/4 (Haus EF)
Postanschrift: 01782 Pirna, Postfach 10 02 53/54
Telefon: 03501 515-1050
E-Mail: datenschutz@landratsamt-pirna.de

Zweck und Rechtsgrundlagen/Empfänger der Daten/Speicherdauer:

Die Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -weitergabe erfolgt soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Trägers der Eingliederungshilfe erforderlich ist. Die Daten werden für die Dauer der Leistungsgewährung und nach den für die Archivierung geltenden Fristen gespeichert.

Sie haben folgende Datenschutzrechte:

Sie können unter o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen (Auskunftsrecht), sie können eine Berichtigung verlangen, wenn nachweislich unrichtige Daten zu Ihrer Person gespeichert sind (Recht auf Berichtigung). Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen das Recht, das Löschen Ihrer Daten zu verlangen (Recht auf Löschung). Ihnen kann unter Umständen ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zustehen (Recht auf Einschränkung der Verarbeitung). Gegebenenfalls haben Sie ein allgemeines Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, dieser Widerspruch ist zu begründen (Widerspruchsrecht). Ihnen kann das Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Beschwerderecht:

Sie haben das Recht, sich mit einer Beschwerde an den o. g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die örtlich zuständige Behörde ist:

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Hausanschrift: Devrientstraße 5, 01067 Dresden
Postanschrift: Postfach 11 01 32, 01330 Dresden

zurück an:

Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
Sozial- und Ausländeramt
Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe
Postfach 10 02 53/54
01782 Pirna

Tel.-Nr.: 03501 515-2230
eingliederungshilfe@landratsamt-pirna.de