




Eingang:	Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche	Aktenzeichen:
----------	---	---------------

Antrag auf folgende Leistung(en):	
Wurde die oben beantragte Leistung bereits von einem anderen Kostenträger bewilligt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja (wann/wo) (Bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Oder Wurde diese Leistung bereits bei einem anderen Kostenträger beantragt?	<input type="checkbox"/> ja (wann/wo) <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Oder Haben Sie bereits in der Vergangenheit andere Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten?	<input type="checkbox"/> ja (wann/wo/welche Leistung - wenn möglich, bitte Nachweis beifügen!) <input type="checkbox"/> nein _____ _____

**Persönliche Angaben
der Antragstellerin/des Antragstellers (der/des Minderjährigen)**

Familienname	
Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)
Anschrift/PLZ/Wohnort	_____ _____
Haben Sie sich in den zwei Monaten vor der Antragstellung unter der oben genannten Adresse aufgehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, unter folgender Anschrift: _____ _____
Steueridentifikationsnummer	

Persönliche Angaben zu den Eltern/Betreuungspersonen

	Elternteil 1/Betreuungsperson:	Elternteil 2/Betreuungsperson:
Familienname		
Ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum, Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (Bitte Abschnitt „für ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen!)
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
Anschrift/PLZ/Ort (wenn abweichend vom Kind/Jugendlichen)		
Sorgeberechtigt? Wenn Eltern nicht zusammen sorgeberechtigt: Bitte Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer (freiwillig)	_____	_____
E-Mail (freiwillig)	_____	_____

Angaben zu sonstigen Personensorgeberechtigten (nur auszufüllen, wenn Eltern nicht sorgeberechtigt sind)

Besteht eine Amtsvormundschaft oder eine Amtspflegschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(Bitte Nachweis beifügen!)
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer und E-Mail (freiwillig)		

Für ausländische Staatsangehörige

Welche Staatsangehörigkeit/en hat das Kind bzw. die/der Jugendliche?

Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status des Kindes/Jugendlichen und der Eltern?
(z.B. Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, Niederlassungserlaubnis, Freizügigkeitsbescheinigung)

(Bitte Nachweise der Staatsangehörigkeit/en und des Aufenthaltsstatus (z.B. Passkopie mit der Aufenthaltserlaubnis/Duldung) beifügen!)

Wann/Warum sind Sie nach Deutschland eingereist?

Datum der Einreise (ggf. der Eltern):

Grund der Einreise (ggf. der Eltern):

Wurde aufgrund einer Einladung durch jemanden gebürgt? Familienname, Vorname der/des Bürgenden

Anschrift/PLZ/Wohnort

Kranken- und Pflegeversicherung des Kindes/Jugendlichen

Wo ist das Kind bzw. die/der Jugendliche kranken- und pflegeversichert?

(Bitte auch Versicherungsnummer angeben!)

Wie ist das Kind bzw. die/der Jugendliche kranken- und pflegeversichert?

- pflichtversichert
 freiwillig
 privat
 familienversichert über _____
 Zusatzversicherung bei _____

Ist das Kind bzw. die/der Jugendliche im Krankheitsfall beihilfeberechtigt?

- ja, bei _____
 Beihilfeberechtigte/-r: _____
 nein

Pflegegrad vorhanden?

- ja, Pflegegrad _____
 wurde beantragt am _____
 nein (Bitte Nachweis beifügen!)

Angaben zur Behinderung des Kindes/Jugendlichen

Art der Behinderung
(Welche Umstände und Tatsachen machen nach Ihrer Auffassung eine Leistungsgewährung erforderlich?)

(wenn möglich, bitte aktuelle ärztliche Unterlagen vorlegen!)

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung von _____ % (Bitte Nachweis beifügen!) mit folgenden Merkmalen: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nein (Bitte Bescheid bei Erhalt vorlegen!)
Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Dritte <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: _____
Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €/monatlich bzw. Abfindung von _____ € (Bitte Nachweis beifügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ _____
Werden derzeit vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht? (z.B. Erstattungsansprüche gegen eine Haftpflichtversicherung)	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen!) gegen (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____ _____ <input type="checkbox"/> nein _____

Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse

Für folgende Leistungen im Sinne des § 138 Abs. 1 SGB IX müssen Sie keine Angaben zum Einkommen und/oder Vermögen machen:

1. Heilpädagogische Leistungen nach § 113 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX
2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 109 SGB IX
3. Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
4. Leistungen zur schulischen Ausbildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX, soweit diese Leistungen in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen erbracht werden
5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 113 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX, soweit diese der Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 Abs. 1 SGB IX dienen
6. Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft vor Einschulung nach § 113 Abs. 1 SGB IX
7. gleichzeitiger Gewährung von Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Zweiten oder Zwölften Buch oder nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes.

Hinweis:

Zu den Leistungen des § 138 Absatz Nr. 1, 4 und 6 ist nach Maßgabe des § 142 ein Aufwendungsbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis aufzubringen.

Bitte füllen Sie die (beigefügte) Anlage zum Einkommen und Vermögen aus, wenn Sie weitere als die unter den Nummern 1 bis 6 aufgezählten Leistungen erhalten möchten. Ansonsten können Sie auf der letzten Seite mit der abschließenden Erklärung fortfahren.

Erklärung: Ich/wir versichere/n, dass die in dem vorstehenden Antrag gemachten Angaben in allen Punkten der Wahrheit entsprechen.

Mir/uns ist bekannt, dass falsche Angaben sowie das Verschweigen von Änderungen in den Familienverhältnissen oder das Verschweigen irgendeines Einkommens oder Vermögens, auch von Familienangehörigen, die sofortige Entziehung der Eingliederungshilfe, die Rückzahlung der zu Unrecht bezogenen Leistungen und die Strafverfolgung wegen Betrug bzw. Betrugsversuches zur Folge haben kann.

Ich weiß/wir wissen, dass nach § 60 Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil (SGB I), jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unaufgefordert und unverzüglich dem Träger der Eingliederungshilfe mitgeteilt werden muss, solange Eingliederungshilfe gezahlt wird. Ebenso besteht die Verpflichtung, Wohnungswechsel dem Träger der Eingliederungshilfe, soweit möglich, vorher zu melden

Ort, Datum

Unterschrift/en (von allen Sorgeberechtigten)

Entbindung von der Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch und § 76 Sozialgesetzbuch X

(Auf Nachfrage geben wir gern Einsicht in die rechtlichen Grundlagen)



Region Hannover

Kind:

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

Erklärende Person/en:

Name/n

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Vater Mutter Sorgeberechtigte Person

Anlass: Heilpädagogische Förderung

Ich entbinde die nachfolgend genannten behandelnden Ärzte sowie ärztliche und nichtärztliche Institutionen gegenüber der Region Hannover, Team Sozialmedizin und Teilhabeplanung, von der Schweigepflicht:

Behandelnde Ärzte

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift

Krankenhaus / Institution

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift



**SPZ (Medizin, Psychologie, Therapie)
Hannover**

Name:

Anschrift:



51.15 (Jugendärztlicher Dienst)



Fachbereich Jugend/KSD/ASD



Fachbereich Soziales/Sozialamt der Kommunen



Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)



Therapeuten / Hausfrühförderung / Kindergarten / Einrichtungen/ Schule

Name:

MOCA Mobile Frühförderung

Name:

Anschrift:

Postfach 101011, 30975 Pattensen

Anschrift:

Name:

Name:

Anschrift

Anschrift

Entbindung von der Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch und § 76 Sozialgesetzbuch X

(Auf Nachfrage geben wir gern Einsicht in die rechtlichen Grundlagen)



Region Hannover

Die Entbindung gilt im Rahmen des oben genannten Anlasses bis auf Widerruf. Ein Widerruf ist jederzeit möglich. Die Datenverarbeitung, insbesondere in Form der Erhebung von Befunden der genannten Stellen, dient der Bedarfsfeststellung im Hinblick auf sozialrechtliche Verwaltungsverfahren. Ohne Entbindung von der Schweigepflicht ist es möglich, dass ein Befund nicht erhoben oder die notwendige Feststellung nicht getroffen werden kann. Dies kann bei der Beantragung von Sozialleistungen zu einer negativen Entscheidung für die antragsstellende Person führen. Die Daten werden ab der ersten Vorsprache bis 10 Jahre nach Beendigung des Anlasses gespeichert. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung durch die Region Hannover ist § 67a SGB X.

Ich bin damit einverstanden, dass folgende (auch künftige) Einrichtungen und beteiligte Dienststellen (in Region und Stadt Hannover) von den erhobenen Diagnosen, Gutachten und Befunden in Kenntnis gesetzt werden und sich im notwendigen Umfang über die Bedarfsermittlung gegenseitig austauschen:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Träger der Hausfrühförderung | <input type="checkbox"/> Kommunaler Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover |
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte/n | <input type="checkbox"/> Allgemeiner Sozialer Dienst der Region Hannover |
| <input type="checkbox"/> Schule/n | <input checked="" type="checkbox"/> Team Sozialmedizin und Teilhabeplanung der Region Hannover |
| <input type="checkbox"/> Schulamt | <input type="checkbox"/> Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeträger
FB Soziales/Sozialamt | <input type="checkbox"/> Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (ehemals Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfeträger (FB Jugend/Jugendamt) | <input type="checkbox"/> Einrichtung/en |
| <input checked="" type="checkbox"/> Jugendärztlicher Dienst (Team 51.15 der Region Hannover) | <input checked="" type="checkbox"/> S P Z (Medizin, Psychologie, Therapie) |
| <input type="checkbox"/> Fachbereich Gesundheit (FB 53 der Region Hannover) | <input type="checkbox"/> Medizinische Dienst der Krankenkassen MDK) |
| <input type="checkbox"/> Fachdienst Fallberatung/Fallmanagement der Landeshauptstadt Hannover | <input type="checkbox"/> umseitig genannte/r behandelnde/r Arzt/Ärzte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Weiterleitung der Befunde dient der Durchführung von gesetzlich vorgeschriebenen Planverfahren und der Prüfung und Durchführung der beantragten Sozialleistung. Ich entbinde damit das Team Sozialmedizin und Teilhabeplanung und den sozialrechtlichen Träger der Leistung von seiner eigenen Schweigepflicht.

Ohne Einwilligung ist es möglich, dass bei der Beantragung von Sozialleistungen eine negative Entscheidung getroffen wird oder die Durchführung von Planverfahren und Leistungen erschwert oder unmöglich gemacht wird.

Diese Entbindung gilt bis auf Widerruf über den oben genannten Anlass auch für anschließende Anträge auf Eingliederungshilfe und nachfolgende Gesamt- und Teilhabeplanverfahren bis zur Beendigung aller Leistungen, auch wenn ggf. nach Aktenlage entschieden wird. Die datenschutzrechtlichen Hinweise Gemäß Art. 13 & 14 Datenschutz-Grundverordnung habe ich erhalten.

Ich bin zusätzlich damit einverstanden, dass Informationen aus vorangehenden Beratungen im Team Sozialmedizin und Teilhabeplanung berücksichtigt werden, die bisher noch nicht zum Zweck der Beantragung von Sozialleistungen gespeichert worden sind.

**Entbindung von der Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch
und § 76 Sozialgesetzbuch X**

(Auf Nachfrage geben wir gern Einsicht in die rechtlichen Grundlagen)



Region Hannover

,

Unterschrift 1. sorgeberechtigte/betreuende Person

Unterschrift 2. sorgeberechtigte/betreuende Person