



# Hinweise zur Antragstellung

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

Leistungen der Eingliederungshilfe werden nach den Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) an Menschen erbracht, die durch eine Behinderung wesentlich in Ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

## Antragstellung

Bei der Beantragung von Eingliederungshilfeleistungen ist es wichtig, dass einige Dinge von Ihnen beachtet werden. Zu den Antragsunterlagen gehören:

- **Antrag** auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche\*
- Anlage I – **Elternfragebogen\***
- Anlage II - **Elternfragebogen (Schulassistenz)\*\***
- Anlage III – **Schulbericht (Schulassistenz)** (vorab von der Schule auszufüllen)\*\*
- Anlage S – **Schweigepflichtentbindung\***
- **Einwilligungserklärung Datenschutz\***
- **Informationsblatt Datenschutz\***

\* Diese Vordrucke sind bei einer Antragstellung immer vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen.

\*\* Diese Vordrucke sind nur erforderlich, soweit Leistungen für eine Schulassistenz/Integrationskraft im Rahmen der Teilhabe an Bildung beantragt werden.

Achten Sie bitte darauf, dass die Antragsunterlagen **sowie** Anlagen grundsätzlich immer von beiden sorgeberechtigten Elternteilen unterschrieben werden. Soweit nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist, ist eine Unterschrift ausreichend.

## Diagnosen und Berichte

Damit ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX bestehen kann, müssen bei Ihrem Kind eine gesundheitliche Beeinträchtigung und eine daraus hervorgehende wesentliche Teilhabebeeinträchtigung vorliegen. Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss durch einen (Fach-)Arzt festgestellt und entsprechend ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) diagnostiziert werden.

**Sofern Ihnen bereits eine Diagnose vorliegt, fügen Sie diese bitte dem Antrag bei.** Soweit noch keine Diagnose vorliegt, besteht auch die Möglichkeit, dass Ihr Kind im Gesundheitsamt des Landkreises Diepholz auf den Entwicklungsstand hin untersucht wird.

**Zusätzlich fügen Sie dem Antrag bitte alle relevanten medizinischen, pädagogischen und therapeutischen Berichte bei, die schon vorhanden sind.**

Dies können zum Beispiel sein: Berichte aus dem Kindergarten, Berichte aus dem Kinderzentrum / Sozialpädiatrischem Zentrum, Bericht über Logopädie oder Ergotherapie, Arztbriefe und -befunde, Schulzeugnisse, Entwicklungsberichte usw. Es kann vorkommen, dass im Verlauf der Antragsbearbeitung noch weitere Unterlagen von Ihnen angefordert werden.

## Beratung vor Antragstellung

Wir empfehlen, dass Sie sich durch Ihre/n Teilhabeplaner/in des Sozialamtes zur Eingliederungshilfe und zur Antragstellung beraten lassen, insbesondere, wenn Sie Fragen dazu haben. Sie können uns über die **Telefonnummer 05441/976-4217** erreichen oder eine Mail an [soziales@diepholz.de](mailto:soziales@diepholz.de) schicken.

Eine weitere Beratungsmöglichkeit ist durch die EUTB (Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung) gegeben, diese ist über die Internetadresse <https://www.eutb-diepholz.de> erreichbar.

## Bearbeitung des Antrages

Nach Eingang Ihres Antrages erfolgt zunächst eine Prüfung aus verwaltungsrechtlicher bzw. wirtschaftlicher Sicht. Hierzu gehört z.B. auch – soweit erforderlich – die Überprüfung von Einkommen und Vermögen.

Soweit die Unterlagen vollständig vorliegen, erfolgt im Anschluss daran die Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen aus sozialpädagogischer Sicht. Im Rahmen eines Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens werden durch die Teilhabeplaner die Teilhabebeeinträchtigungen überprüft und auf Grundlage eines Bedarfsermittlungsinstrumentes ein individueller Hilfebedarf festgelegt. Soweit Leistungen anderer Rehabilitationsträger (z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung) in Frage kommen, kann im Rahmen eines Teilhabeplanverfahrens die Beteiligung anderer Rehabilitationsträger erfolgen.

Nach vollständiger Bedarfsermittlung und Feststellung eines Eingliederungshilfebedarfes erhalten Sie die Möglichkeit, sich für einen Anbieter bzw. Leistungserbringer zu entscheiden und Sie erhalten einen entsprechenden Leistungsbescheid. In regelmäßigen Abständen erfolgt eine erneute Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen, um auf den individuellen Bedarf Ihres Kindes angemessen zu reagieren und ggf. den Umfang der Leistungen anzupassen.

### Checkliste:

- Alle erforderlichen Antragsvordrucke/Anlagen vollständig ausgefüllt
- Die Schweigepflichtentbindung und „Einwilligungserklärung Datenschutz“ sind dem Antrag beigefügt
- Diagnose/n nach ICD-10** und ggf. weitere Berichte
- Weitere Unterlagen (z.B. Schwerbehindertenausweis, Wohngeldbescheid, Pflegekassenleistungen...)
- Die Unterlagen sind von den Sorgeberechtigten unterschrieben

# Antrag auf Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

## Eingliederungshilfe Kinder und Jugendliche

### In Form von Leistungen

- medizinischer Rehabilitation (Teil 2 Kapitel 3 SGB IX)  
 Teilhabe an Bildung (Teil 2 Kapitel 5 SGB IX)  
 Soziale Teilhabe (Teil 2 Kapitel 6 SGB IX)

Eingangsstempel

Aktenzeichen:

### 1. Angaben zur antragstellenden Person (Antragsteller/in)

Persönliche und häusliche Verhältnisse	Antragsteller/in (Kind)
Familienname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Geburtsort / Kreis	
Wohnort (PLZ), Ortsteil	
Straße, Hausnummer	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Ausländer/innen)	
Ausweisdokument	<input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> (Kinder-)Reisepass
Nummer des Ausweisdokumentes	
Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit GdB _____ ( <b>bitte vorlegen</b> ) gültig bis:
Pflegefamilie/Pflegekind	wenn ja, bitte Name und Adresse der Pflegefamilie/Pflegeeltern angeben ( <u>ggf. Vollmacht beifügen</u> )
Betreuungsverhältnis / Vormund	wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestellungsurkunde beifügen

### 2. Angaben zu den Eltern der antragstellenden Person (§ 136 Abs. 1 SGB IX)

	Mutter	Vater
Familienname		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Wohnort (PLZ), Ortsteil		
Straße, Hausnummer		
Telefonnummer und E-Mail- Adresse (freiwillige Angabe)		
Sorgeberecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus		

### 3. Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern im Haushalt der antragstellenden Person (136 Abs. 3 und 4 SGB IX)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Vorname(n)					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus (Ausländer/innen)					
Steuer-ID und Kindergeldnummer der Familienkasse					

### 4. Einkommen und Vermögen (§§ 135 ff. SGB IX)

Die Angaben zum Einkommen werden benötigt, um den Eigenanteil in Form eines Beitrages nach §§ 136 und 137 SGB IX zu ermitteln bzw. festzulegen, ob ggf. die Aufbringung der Mittel für die Kosten der häuslichen Ersparnis nach § 142 SGB IX zuzumuten ist. Es wird kein Beitrag bzw. die Aufwendung von Mitteln verlangt, wenn Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts bezogen werden (§ 138 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX).

#### 4.1 Bezug von Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 138 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX)

Es werden aktuell Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Form von

- Arbeitslosengeld II / Sozialgeld** (Bitte Bescheid des Jobcenters beifügen)
- Wohngeld** nach dem Wohngeldgesetz – WoGG (Bitte Bescheid beifügen)
- Kinderzuschlag** nach § 6a BKKG (Bitte Bescheid beifügen)
- Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem Dritten Kapitel SGB XII (Bitte Bescheid der Sozialhilfebehörde beifügen)
- Asylbewerberleistungen** – AsylbLG (Bitte Bescheid beifügen)
- Ergänzende Hilfe** zum Lebensunterhalt nach § 27a BVG oder vergleichbare Leistungen (Bitte Bescheid der Versorgungsbehörde beifügen)

	Antragsteller/in	Mutter	Vater
Der Bezug der Transferleistungen erfolgt durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4.2 Kein Bezug Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

**Soweit keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts bezogen werden und aufgrund der im Rahmen der Bedarfsermittlung festgestellten Bedarfe der Einsatz von Einkommen und Vermögen in Frage kommt, werde ich Sie hierüber in einem gesonderten Schreiben informieren und Ihnen einen entsprechenden Vordruck übersenden.**

### 5. Wiederherstellung des Nachrangs der Eingliederungshilfe (§ 91 SGB IX)

#### 6.1 Bestimmung der leistenden Rehabilitationsträger, vorrangige Sozialleistungen (§§ 14 ff. SGB IX, §§102 ff. SGB IX)

Haben Sie für denselben Zweck bereits einen Antrag auf Erbringung von Leistungen bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellt oder haben Sie möglicherweise Ansprüche auf solche Leistungen, die bislang nicht von Ihnen geltend gemacht wurden?

Leistung der	Nein	Ja	ggf. Antragsdatum	Wo wurde der Antrag gestellt? (AktENZEICHEN)
Gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gesetzliche Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gesetzliche Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kriegsopferversorgung und -fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Öffentliche Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## 6.2 Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 141 SGB IX, §§115 und 116 SGB X)

Haben Sie bereits einen Antrag auf Erbringung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution für denselben Zweck geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung)?

nein  ja, und zwar weil und wie folgt:

Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?	Wann und wo wurde er geltend gemacht?
Wurde bei Ihnen bereits das Bestehen einer Behinderung (§ 99 SGB IX) festgestellt? Falls ja, <b>fügen Sie bitte das entsprechende Gutachten</b> bei.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wie folgt:
Art/Bezeichnung (Diagnose)	verursacht durch (z.B. Unfall)	am bzw. seit, durch
Art/Bezeichnung (Diagnose)	verursacht durch (z.B. Unfall)	am bzw. seit, durch
Art/Bezeichnung (Diagnose)	verursacht durch (z.B. Unfall)	am bzw. seit, durch

## 6.3 Pflegebedarf (§ 103 SGB IX)

Beziehen Sie bzw. das Kind Pflegegeld, Kombinationsleistungen oder Pflegesachleistungen von der Pflegekasse?

nein  ja, und zwar für den Pflegegrad

Name der Pflegekasse	Höhe der monatlichen Leistungen €
----------------------	-----------------------------------

## 7. Aufenthaltsverhältnisse (§ 98 SGB IX)

Haben Sie bzw. das Kind bereits in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 SGB IX bezogen?

nein  ja, und zwar

durch (Träger der Eingliederungshilfe angeben)	Von... bis... (Datum)
--	-----------------------

In den zwei Monaten vor Antragstellung habe ich mich unter der Adresse aufgehalten die unter Nr. 1 angegeben ist

**oder** unter folgender Adresse bzw. Adressen aufgehalten

Anschrift, PLZ, Wohnort	Von... bis... (Datum)
Anschrift, PLZ, Wohnort	Von... bis... (Datum)
Anschrift, PLZ, Wohnort	Von... bis... (Datum)

## 8. Pauschale Geldleistung (§§ 105 und 116 SGB IX) / Persönliches Budget (§§ 105 und 29 SGB IX)

Sollen Leistungen zur Sozialen Teilhabe als pauschale Geldleistung erbracht werden?  ja  nein  
Sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen eines persönlichen Budgets erbracht werden?  ja  nein

## 9. Hinweise und Schlusserklärungen

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einer/einem Mitarbeiter/in der Behörde des Trägers der Eingliederungshilfe anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommen- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug unterhaltsberechtigter Kindern) anzeigen.

## 10. Hinweise zum Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten erfolgt unter Beachtung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechender Vorschriften und Datenschutzgesetze der Länder. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungslagen gespeichert.

Datum:	Unterschrift des Antragstellers, des gesetzlichen Vertreters bzw. bei Minderjährigen der Sorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Antrag aufgenommen	<input type="checkbox"/> Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft
		Datum:	Unterschrift:

**- Anlage I -****Elternfragebogen**

für Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) an minderjährige Kinder und Jugendliche

Eingangsstempel

Elternfragebogen zum Antrag vom:

**1. Angaben zu Ihrem Kind**

Persönliche Informationen	Antragsteller/in (Kind)
Familienname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	

**2. Angaben zum Schwangerschaftsverlauf, zur Geburt und zur bisherigen Entwicklung Ihres Kindes**

**Gab es während der Schwangerschaft Besonderheiten oder Erkrankungen?**

nein  ja, und zwar:

--

**Wie ist die Geburt Ihres Kindes verlaufen?**

Geburtsmodus (z.B. spontan, Kaiserschnitt usw.):			
Schwangerschaftswoche:		Geburtsgewicht:	
Geburtsgröße:		Kopfumfang:	
APGAR-Wert:		pH-Wert:	

Gab es nach der Geburt Besonderheiten? (z.B. Verlegung in eine Kinderklinik, Geburtsverletzungen usw.)

nein  ja, und zwar:

--

**Entwicklung Ihres Kindes in den ersten Wochen nach der Geburt**

Trinkverhalten:		
Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie lange:
Schlafverhalten des Kindes:		
Gab es Auffälligkeiten im Schreiverhalten des Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bis zu welchem Alter:

**Wann erreichte Ihr Kind bestimmte Meilensteine der Entwicklung?**

Freies Sitzen:	Monat:	Bemerkungen:
Krabbeln:	Monat:	Bemerkungen:
Freies Laufen:	Monat:	Bemerkungen:
Sprechen erster gezielter Worte:	Monat:	Bemerkungen:

**Wie hat sich die Sprache Ihres Kindes im Alter von zwei Jahren entwickelt?**

Konnte Ihr Kind ungefähr 50 Worte sprechen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, in welchem Alter:
Bildete Ihr Kind Zwei-Wort-Sätze? (z.B. „Auto da“)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn nein, in welchem Alter:

**3. Angaben zu möglichen Erkrankungen, Arztkontakten und therapeutischen Maßnahmen Ihres Kindes**

Welche besonderen Erkrankungen hat Ihr Kind durchgemacht oder besteht eine chronische Erkrankung, eine Allergie oder eine Nahrungsunverträglichkeit?

--

**Welche Medikamente nimmt oder nahm Ihr Kind deshalb ein?**

Medikament	Dosierung
Name, Hersteller:	
Name, Hersteller:	
Name, Hersteller:	
Name, Hersteller:	

**Durch welche Ärztinnen/Ärzte wird oder wurde Ihr Kind betreut?**

Fachrichtung	Name	Anschrift
Kinderärztin/Kinderarzt		Adresse, Postleitzahl:
Augenärztin/Augenarzt		Adresse, Postleitzahl:
HNO-Ärztin/Arzt		Adresse, Postleitzahl:
Orthopädin/Orthopäde		Adresse, Postleitzahl:
Pädaudiologin/Pädaudiologe		Adresse, Postleitzahl:
Sonstige Fachrichtungen:		Adresse, Postleitzahl:

Wurde Ihr Kind schon einmal in einem Krankenhaus behandelt, operiert oder in einem Kinderzentrum (Sozialpädiatrisches Zentrum) vorgestellt?

Wo?	Wann? (von – bis)	Aus welchem Grund?
	Von – Bis:	
	Von – Bis:	

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel? (z.B. Brille, Hörgerät, Orthesen, usw.)

--

**Bekommt oder bekam Ihr Kind bestimmte Therapien oder besondere Förderungen?**

(z.B. Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie, Psychotherapie, Frühförderung, Integration oder Ähnliches?)

Art der Therapie	Bei wem?	Angabe des Zeitraums
		Von – Bis:
		Von – Bis:

Bitte fügen Sie Arztberichte, Krankenhausberichte und Therapieberichte bei.

**Wird oder wurde Ihre Familie durch weitere Hilfen Unterstützt?**

(z.B. Familienhebamme, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt, usw.)

Art der Unterstützung	Zeitraum
	Von – Bis:
	Von – Bis:

**Welche Betreuungseinrichtungen besuchte Ihr Kind aktuell bzw. in der Vergangenheit?**

(z.B. Tagesmutter, Krippe, Kindergarten, Hort, usw.)

Name	Beginn/Aufnahmedatum
	Seit:
	Seit:
	Seit:
	Seit:

**Von wem wurde Ihnen die Antragstellung empfohlen und aus welchem Grund?**

--

**4. Entwicklung Ihres Kindes****Machen Sie sich in irgendeinem Bereich der Entwicklung Sorgen um Ihr Kind?**

--

**Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind und was macht Ihnen Freude?**

--

Datum:	Unterschriften der Sorgeberechtigten
	_____



# Schweigepflichtentbindung

- ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN-

Familienname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Aktenzeichen (falls vorhanden)	

## Hiermit entbinde ich

- den Fachdienst 53 (Gesundheit) des Landkreises Diepholz,**  
(Bitte genau bezeichnen)  
.....
- den Fachdienst 50 (Soziales) Team Hilfe zur Pflege – des Landkreises Diepholz,**  
(Bitte genau bezeichnen)  
.....
- den Fachdienst 51 (Jugend) des Landkreises Diepholz,**  
(Bitte genau bezeichnen)  
.....
- die behandelnden Ärzte**  
(Bitte Namen, Adressen und Fachrichtungen angeben)  
.....  
.....
- die Einrichtung/den Anbieter**  
(Name und Adresse bitte eintragen)  
.....  
.....
- den Rentenversicherungsträger**  
(Name und Adresse bitte eintragen).....
- die Krankenkasse/Krankenversicherung**  
(Name und Adresse bitte eintragen).....
- die Pflegekasse/Pflegeversicherung**  
(Name und Adresse bitte eintragen).....
- die gesetzliche Unfallversicherung**  
(Name und Adresse bitte eintragen).....
- Sonstige**  
(Name und Adresse bitte eintragen)  
.....  
.....

**gegenüber dem Fachdienst 50 (Soziales) des Landkreises Diepholz, Team Eingliederungshilfe, von der Schweigepflicht** und erkläre mich damit einverstanden, dass sie sich gegenseitig zur Bearbeitung meines Antrages auf Eingliederungshilfe hierfür erforderliche Auskünfte über mich erteilen. Ich stimme der Weitergabe von Unterlagen (z.B. ärztliche Berichte, Stellungnahmen, erhobene Befunde), soweit sie zur Bearbeitung von Eingliederungshilfemaßnahmen erforderlich sind, zu. Diese Erklärung umfasst ausdrücklich auch die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Erklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Datum:	Unterschrift des Antragstellers, des gesetzlichen Vertreters bzw. bei Minderjährigen der Sorgeberechtigten

**Zurück an:** Landkreis Diepholz, Fachdienst Soziales, Niedersachsenstraße 2, 49356 Diepholz



## Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

### Einwilligungserklärung Datenschutz

Der Träger der Eingliederungshilfe informiert Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligungserklärung. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist der Landkreis Diepholz verpflichtet, die Bedarfsermittlung mit einem Formular zu bearbeiten. Dieses Formular heißt: Bedarfsermittlung Niedersachsen (kurz: B.E.Ni).

Die in der individuellen Bedarfsermittlung (anhand des Formularsatzes B.E.Ni) erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfs und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabeplans verwendet.

Ihre Daten werden ab dem \_\_\_\_\_ gespeichert und nach Beendigung des Verfahrens 10 Jahre lang aufbewahrt (gesetzliche Frist zur Aktenaufbewahrung).

Sie haben gegenüber dem Landkreis Diepholz

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, auch für die Zukunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Der Landkreis Diepholz ist als verantwortliche datenverarbeitende Stelle per E-Mail oder postalisch erreichbar unter:

**Landkreis Diepholz**  
**Niedersachsenstr.2**  
**49356 Diepholz**  
Telefon: 05441/976-0  
E-Mail: [soziales@diepholz.de](mailto:soziales@diepholz.de).

Der örtliche Datenschutzbeauftragte ist erreichbar unter:

**Itebo GmbH, Herr Kim Schoen**  
**Stüvestraße 26**  
**49076 Osnabrück**  
Telefon: 0541/9631-222  
E-Mail: [dsb@itebo.de](mailto:dsb@itebo.de)

Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann der Landkreis Diepholz Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.

- 
- Ich willige ein, dass der Landkreis Diepholz die Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.
  - Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
  - Ich willige ein, dass der Landkreis Diepholz die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans an die Einrichtung oder den Dienst weitergibt, der die Leistung erbringen wird.
- 

#### Einwilligungserklärung

Ich habe die o.a. Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten zu dem oben genannten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Vorname, Name:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



## Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO Leistungserbringung: Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Wir möchten Ihnen auf diesem Weg die wesentlichen Informationen zum Datenschutz zu der Verarbeitungstätigkeit Leistungserbringung: Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung mitteilen. Bei Fragen zum Thema Datenschutz bestehen mehrere Kontaktmöglichkeiten.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Landrat des Landkreises Diepholz, Herr Cord Bockhop  
Niedersachsenstr. 2, 49356 Diepholz, Telefon: 05441 976-1000

### Datenschutzbeauftragter

DSB Landkreis Diepholz, Herr Kim Schoen (ITEBO)  
Stüvenstraße 26, 49076 Osnabrück, Telefon: 0541 9631-222

### Datenschutzaufsichtsbehörde

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz  
Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Telefon: 0511 120-4500

### Zweck der Verarbeitung

Bearbeitung von Anträgen auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Die Erhebung der personenbezogenen Daten mithilfe des Bedarfsermittlungsinstrumente B.E.Ni werden ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Bedarfes und der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung des Gesamt- oder Teilhabepplans verwendet.

### Rechtsgrundlage der Verarbeitung

§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. SGB IX

### Wir verarbeiten Ihre Daten unter Einbindung externer Dritter

Fachdienst 51, Fachdienst 53, Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit (BA), Gerichte, Sozialhilfeträger in Deutschland, Krankenkassen, Fachdienst 50 - Team HLU, Fachdienst 50 - Team HzP

### Art der erhobenen Daten

- Persönliche Daten (Gesundheitsdaten, Sozialdaten, ärztliche Daten)
- Stammdaten (Az, Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort, Staatsangeh., Wohnort, Bankverbindung, Zahlbeträge, Bewilligungszeitraum, Einkommen, SteuerID, Kranken- und Pflegeversicherung, )

### Dauer der Datenspeicherung

- Einzelfallakten 10 Jahre nach Abschluss (Persönliche Daten)
- Einzelfallakten 10 Jahre nach Abschluss (Stammdaten)

### Betroffenenrechte

Sie können über die v.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art. 17,18 und 21 DSGVO) verlangen.

### Recht auf Auskunft

Werden personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet, haben Sie das Recht, Auskunft über die zur Person gespeicherten Daten zu erhalten, z.B. Verarbeitungszwecke, Herkunft der Daten, Empfänger der Daten etc. (Art. 15 DSGVO).

### Recht auf Berichtigung

Sollten unrichtige oder unvollständige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

### Recht auf Löschung

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO). Dies gilt insbesondere, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie erhoben wurden nicht mehr benötigt werden.

### Recht auf Datenübertragbarkeit

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

### Widerruf der Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landkreis Diepholz durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

### Recht auf Widerspruch

Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht gegen eine an sich rechtmäßige Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Sobald Sie Widerspruch eingelegt haben, dürfen wir Ihre Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, es liegen zwingende schutzwürdige Gründe vor. Ein zwingender Grund kann sich insbesondere aus Gesetzen ergeben, die die Verarbeitung vorsehen oder voraussetzen. Die bis zum Widerspruch verarbeiteten Daten werden hierdurch nicht rechtswidrig. Ihr Widerspruch ist an den Landkreis Diepholz zu richten. (Art. 21 DSGVO)

### Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Weiterhin steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover zu.