

Landkreis Diepholz
Fachdienst Soziales
Eingliederungshilfe
Niedersachsenstr. 2
49356 Diepholz

| |
|----------------------|
| Eingangsdatum |
|----------------------|

Az:5070

Antrag auf Eingliederungshilfe

Welche Maßnahme stellen Sie sich für das Kind vor?

ab dem _____ zum nächstmöglichen Zeitpunkt

A) Persönliche Verhältnisse des Kindes für das der Antrag gestellt wird:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Geburtsort: _____

Wohnort, Straße, Nr.: _____

Telefon- Nr.: _____

Email-Adresse: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnehmer: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____

B) Erhält das Kind bereits Leistungen der Eingliederungshilfe?

(z.B. Frühförderung; integrative Kindergartenbetreuung)

 Ja Nein

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Welche?

C) Weitere im Haushalt lebende Personen (Eltern/Geschwister usw.) :

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person | | | | |
| Sorgeberechtigt für das leistungsberechtigte Kind (bitte „ja“ oder „nein“ eintragen) | | | | |

| | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|---|---|---|---|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Familienstand | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person | | | | |
| Sorgeberechtigt für das leistungsberechtigte Kind (bitte „ja“ oder „nein“ eintragen) | | | | |

D) Sorgeberechtigte Person außerhalb des Haushaltes Amtsvormund _____

Name: _____

Anschrift: _____

E) Handelt es sich um ein Pflegekind?

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Wo hat das Kind vor Aufnahme in die Pflegefamilie gelebt?

Name: _____

Anschrift: _____

F) Ist die Behinderung auf Grund eines Fremdverschuldens eingetreten?

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Gibt es einen Schadensersatzanspruch?

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn „Ja“: Aus welcher Versicherung?

Name: _____

Anschrift: _____

Vers.-Nr.: _____

Wenn „Nein“: Warum nicht?

G) Beziehen Sie Leistungen nach dem SGB II, aus Bildung und Teilhabe oder nach dem Wohngeldgesetz

Ja Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Aktenzeichen: _____

Bitte Kopie des Bescheides beifügen

H) Erhalten Sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?

Ja Nein

Wenn „Ja“: Seit wann? _____

Ich versichere/ Wir versichern hiermit, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ich bin mit der Weiterleitung meines Antrages und ergänzenden Unterlagen an den Fachdienst Gesundheitsamt einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) des/der Sorgeberechtigten

Elternfragebogen

| Kind | | | |
|------------------|---|----------------------|--|
| Name: | | Geburtstag: | |
| Vorname: | | Geburtsort: | |
| Straße/Haus-Nr.: | | Staatsangehörigkeit: | |
| PLZ / Ort: | | Aufenthaltsstatus: | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | | |

| Mutter | | | |
|------------------|--|----------------------|---|
| Name: | | Geburtstag: | |
| Vorname: | | Geburtsort: | |
| Straße/Haus-Nr.: | | Staatsangehörigkeit: | |
| PLZ / Ort: | | Aufenthaltsstatus: | |
| Telefon: | | Familienstand: | |
| Handy: | | Beruf: | |
| E-Mail: | | Sorgerecht: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| Vater | | | |
|------------------|--|----------------------|---|
| Name: | | Geburtstag: | |
| Vorname: | | Geburtsort: | |
| Straße/Haus-Nr.: | | Staatsangehörigkeit: | |
| PLZ / Ort: | | Aufenthaltsstatus: | |
| Telefon: | | Familienstand: | |
| Handy: | | Beruf: | |
| E-Mail: | | Sorgerecht: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| Geschwister / Halbgeschwister | Geburtsdatum | Kindergarten, Schulbesuch u. ä., erhaltene Fördermaßnahmen, Sonstiges |
|-------------------------------|--------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Wir bitten Sie zunächst um einige Angaben zum Schwangerschaftsverlauf, zur Geburt und zur bisherigen Entwicklung Ihres Kindes.

Gab es während der Schwangerschaft Besonderheiten oder Erkrankungen?

| |
|--|
| |
|--|

Wie ist die Geburt Ihres Kindes verlaufen?

| | | | | |
|--|--------------|---|--------------------|----------------|
| Schwangerschaftswoche | | Geburtsmodus (z. B. spontan, Kaiserschnitt usw.) | | |
| | | | | |
| Geburtsgewicht | Größe | Kopfumfang | APGAR-Werte | ph-Wert |
| | | | | |
| Gab es nach der Geburt Besonderheiten? (z. B. Verlegung in eine Kinderklinik, Geburtsverletzungen usw.) | | | | |
| Wenn ja, welche: | | | | |
| | | | | |

Wie hat sich Ihr Kind in den ersten Wochen nach der Geburt entwickelt?

| | |
|-------------------------------------|---|
| Wie war das Trinkverhalten? | Wurde Ihr Kind gestillt? |
| | Wenn ja, wie lange: |
| Wie war das Schlafverhalten? | Hat Ihr Kind auffällig viel geschrien? |
| | Wenn ja, bis zu welchem Alter: |
| | |

Wann erreichte Ihr Kind bestimmte Meilensteine der Entwicklung?

(Angaben in Monaten)

| | | | |
|----------------------|-----------------|----------------------|--|
| Freies Sitzen | Krabbeln | Freies Laufen | Sprechen erster gezielter Worte |
| | | | |

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

| | |
|--|--|
| Konnte es ungefähr 50 Worte sprechen? | Bildete es Zwei-Wort-Sätze? (z. B. Auto da) |
| | |

Wir bitten Sie jetzt Angaben zu möglichen Erkrankungen, Arztkontakten und therapeutischen Maßnahmen Ihres Kindes zu machen.

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

| |
|--|
| |
|--|

Welche Medikamente nimmt oder nahm Ihr Kind ein?

| Name des Medikamentes | Dosierung |
|-----------------------|-----------|
| | |

Durch welche Ärzte wird oder wurde Ihr Kind betreut?

| Fachrichtung | Name | Anschrift |
|--------------|------|-----------|
| Kinderarzt | | |
| Augenarzt | | |
| HNO-Arzt | | |
| Orthopäde | | |
| | | |

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

| Wo? | Wann? | Warum? |
|-----|-------|--------|
| | | |
| | | |

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

| |
|--|
| |
|--|

Bekommt oder bekam Ihr Kind bestimmte Therapien oder besondere Förderung?

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

| Art der Therapie | Bei wem? | Angabe des Zeitraums |
|------------------|----------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte fügen Sie Arztberichte, Krankenhausberichte und Therapieberichte bei.

Schwerbehinderung

Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde gestellt :

ja nein ist geplant

Falls ein Schwerbehindertenausweis vorliegt:

Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen: _____

Kopie des Ausweises bitte beifügen!

Pflegegrad

Ein Antrag auf Einstufung nach SGB XI (Pflegeversicherung) wurde gestellt.

ja nein ist geplant

Wenn ja:

Pflegegrad: _____ Beginn: _____

Zuständige Pflegekasse (Name und Anschrift)

| |
|--|
| |
|--|

Bitte fügen Sie das medizinische Gutachten der Krankenversicherung (MDK) bei.

Wird oder wurde Ihre Familie durch weitere Hilfen unterstützt?

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

| Art der Unterstützung | Zeitraum |
|-----------------------|----------|
| | |
| | |

Welche Betreuungseinrichtungen besuchte Ihr Kind in der Vergangenheit?

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

| Name | Zeitraum |
|------|----------|
| | |
| | |

Welche Betreuungseinrichtung besucht Ihr Kind zurzeit?

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

| Name | Zeitraum |
|------|----------|
| | |

Von wem wurde Ihnen die Antragsstellung empfohlen und aus welchem Grund?

Wie schätzen Sie die Entwicklung Ihres Kindes ein?

Machen Sie sich in irgendeinem Bereich der Entwicklung Sorgen um Ihr Kind?

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind? Was macht Ihnen Freude?

Ort, Datum

Unterschrift

Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

Einwilligungs-Erklärung Hinweise zum Datenschutz

Darum geht es in diesem Schreiben:

- Welche Daten der Landkreis Diepholz von Ihnen braucht.
- Warum Ihre Einwilligung wichtig ist.

Sie haben einen Antrag auf Eingliederungs-Hilfe gestellt. Diesen haben Sie beim Eingliederungs-Hilfe-Träger gestellt. Der heißt abgekürzt: EGH-Träger. Er schaut alle Lebens-Bereiche an. Er prüft Ihren Bedarf an Unterstützung.

Dazu sagt man: Bedarfs-Ermittlung.

Dafür füllt der EGH-Träger einen Bogen aus. Dafür braucht der EGH-Träger Daten von Ihnen.

Hinweis: Mit WIR ist der EGH-Träger gemeint.

Wir müssen uns an die Gesetze zum Datenschutz halten.

So bekommen wir Ihre Daten:

Wir führen mit Ihnen ein Gespräch. Und es gibt ein Formular, das wir ausfüllen. Das Formular heißt Bedarfs-Ermittlung Niedersachsen. Das heißt abgekürzt: B.E.Ni. Beim Ausfüllen sind Sie dabei. Wir brauchen Daten von Ihnen.

Zum Beispiel:

→ Alter und Geschlecht.

→ Wohnsituation, das heißt zum Beispiel: Leben Sie allein. Leben Kinder bei Ihnen.

→ Lebens-Bereiche: Wo Sie Unterstützung brauchen. Und welche Ziele und Wünsche Sie haben. Wo oder wie Sie wohnen wollen.

→ Welche Leistungen soll es geben? Wie oft? Und wie lange? Wollen Sie die Leistungen selber organisieren, zum Beispiel im Persönlichen Budget?

Das machen wir mit Ihren Daten:

Die Daten speichern wir im Computer. Wir legen sie in der Akte ab.

Wir speichern Ihre Daten ab diesem Tag:

Wir löschen Ihre Daten 10 Jahre nachdem Sie keine Leistungen mehr bekommen.

Wir leiten Ihre Daten vielleicht weiter an:

Einen Dienst oder eine Einrichtung. Wenn diese die Leistungen erbringen.

Andere Ämter, wenn diese zuständig sind. Oder wenn diese Leistungen erbringen. Oder Sie andere Leistungen brauchen.

Teilhabe- und Gesamtplan Niedersachsen

Wir fragen erst, ob Sie das wollen. Ob die Ämter miteinander reden dürfen. Dafür brauchen wir Ihre Zustimmung. Dafür können Sie Ihre Unterschrift geben.

Sie können die Einwilligung immer zurück nehmen. Das heißt dann widerrufen. Dann können Sie uns das in einem Widerruf mitteilen.

Wir löschen Ihre Daten dann. Die Behörde kann Ihren Antrag dann vielleicht nicht bearbeiten.

Bitte wenden Sie sich bei einem Widerruf an:

Landkreis Diepholz
Niedersachsenstr.2
49356 Diepholz
Telefon: 05441/976-0
E-Mail: soziales@diepholz.de.

Sie haben noch weitere Rechte:

Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten Daten.

Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Daten.

Sie haben vielleicht das Recht auf Löschung Ihrer Daten.

Sie haben vielleicht das Recht die Verarbeitung Ihrer Daten einschränken zu lassen.

Bitte füllen Sie nun die Einwilligungs-Erklärung vollständig aus.
Vielen Dank!

Einwilligungs-Erklärung

Vorname, Name:

- Der Landkreis Diepholz darf seine Zuständigkeit prüfen. Er darf meinen Antrag oder Teile davon an zuständige Leistungsträger weiterleiten.
- Mit der Weitergabe meiner personen-bezogenen Daten an den zuständigen Leistungsträger bin ich einverstanden.
- Der Landkreis Diepholz darf die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, des Gesamt- oder Teilhabeplans weitergeben. Dies nur an Einrichtungen oder Dienste, die die Leistung erbringen werden.

Ich bin über die Nutzung von meinen Daten informiert. Ich bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift