

Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Eingliederungshilfe Kinder und Jugendliche

Welche Maßnahme/n stellen Sie sich vor? (freiwillige Angabe)

Eingangsstempel

Landkreis Diepholz
Team Eingliederungshilfe Kinder
und Jugendliche
Niedersachsenstraße 2
49356 Diepholz

1. Antragsteller / Nachfragende Person (Kind)

Persönliche und häusliche Verhältnisse	Antragsteller/in (Kind)
Familienname	
Vorname(n)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Anschrift	

Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus (Ausländer/innen) → bitte Kopie vom Aufenthaltstitel beifügen	
In Deutschland lebend seit (Angabe des Jahres)	

1.1 Wohnsituation

Aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung → letzte Anschrift vor Einzug in die Einrichtung _____ <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Betreuungsverhältnis / Vormund	wenn ja, bitte Adresse des Vormunds/Betreuers angeben und Bestellungsurkunde beifügen

5. Gesundheitliche Situation – aktuelle Diagnosen

Diagnose/Beeinträchtigung	Festgestellt durch	Am
		(Datum)
		(Datum)
		(Datum)

Bitte Diagnosen/Berichte beifügen!

Keine Diagnosen/Berichte vorhanden

5.1 Schwerbehindertenausweis/Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht

(Bitte eine Kopie des Feststellungsbescheides und – soweit vorhanden – eine Kopie des Ausweises beifügen)

Keine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht ist beantragt abgelehnt

ja, mit Grad der Behinderung 20 30 40 50 60 70 80 90 100

befristet bis _____

5.2 Kranken-/ und Pflegeversicherung

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert

privat versichert beihilfeberechtigt § 264 SGB V

Kranken-/Pflegekasse	
Anschrift der Kranken- Pflegekasse	
Mitgliedsnummer	

5.3 Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

(Bitte eine Kopie vom Bescheid der Pflegekasse und des aktuellen MDK-Gutachtens beifügen)

keine Einstufung

eingestuft in Pflegegrad 1 2 3 4 5

Antrag/Höherstufungsantrag wurde gestellt am _____

Antrag/Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am _____

5.4 Verursachung durch Dritte

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z.B. Gewalttat nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Unfall, Impfschaden, mangelnde ärztliche Behandlung) zurück?

nein

ja (Bitte weitere Angaben machen)

Art der Schädigung/Ursache	
Weitere Angaben/Sachverhalt (Gerichtsurteil/e, Schadensersatzansprüche usw.)	

6. Frühere Leistungen der Eingliederungshilfe (Zuständigkeit)

Wurden in der Vergangenheit bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen?

- nein
- ja (Bitte weitere Angaben machen)

Leistungserbringer	
Anschrift	
Zeitraum (von...bis...)	

7. Leistungen anderer Träger

Haben Sie für denselben Zweck bereits einen Antrag auf Leistungen bei einem anderen Leistungsträger gestellt?

Leistung der	Nein	Ja	Wo wurde der Antrag gestellt? (Bitte auch Aktenzeichen angeben)
Gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesetzliche Unfallversicherung	<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"/>	

8. Wohnort – Umzug innerhalb der letzten 2 Monate

In den zwei Monaten vor Antragstellung hat sich das Kind/der Jugendliche unter der o.g. Anschrift aufgehalten.

- ja
- nein (Angaben, unter welcher Adresse)

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

9. Hinweise und Schlusserklärungen

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen und finanziellen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. 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 Datenverarbeitungsanlagen gespeichert.

Datum:	Unterschrift <u>beider</u> 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 dem Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) an 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 (auch bei Kindern, die dem Kleinkindalter entwachsen sind, helfen uns Ihre Angaben einen besseren Blick auf die Gesamtentwicklung Ihres Kindes zu bekommen)

Gab es während der Schwangerschaft Besonderheiten oder Erkrankungen?

--

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:	

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:
		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:

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 <u>beider</u> 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 (Schule oder Kindergarten)/den Anbieter/Leistungserbringer**
(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



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

Landkreis Diepholz, vertreten durch den/die Landrat/Landrätin
Niedersachsenstr. 2, 49356 Diepholz, Telefon: 05441 976-1000

Datenschutzbeauftragter

ITEBO GmbH Datenschutz u. IT-Sicherheit
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 Teilhabepfandes verwendet.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung

§ 117 ff SGB IX i.V.m. § 67 ff SGB X und § 121 ff SGB XII

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, Zahlungsbeträge, 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.



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.

Beratung und Unterstützung

Wir empfehlen, dass Sie sich durch die Teilhabepartner/innen des Sozialamtes zu den Leistungen und zur Antragstellung beraten lassen. Wenn Sie Fragen dazu haben, können Sie uns über die **Telefonnummer 05441/976-4217** erreichen oder eine Mail an 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.

Antragstellung

Bei der Beantragung von Eingliederungshilfeleistungen ist es wichtig, dass einige Dinge von Ihnen beachtet werden.

Diese Vordrucke sind bei einer Antragstellung immer möglichst ausgefüllt und unterschrieben einzureichen:

- **Antrag** auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche
- Anlage I – **Elternfragebogen**
- Anlage S – **Schweigepflichtentbindung**

Diese Vordrucke sind nur erforderlich, wenn Leistungen für eine Schulassistenz/Integrationskraft beantragt werden:

- Anlage II – **Elternfragebogen (Schulassistenz)**
- Anlage III – **Schulbericht (Schulassistenz)** (vorab von der Schule auszufüllen)

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.

Geben Sie bitt auf dem Antrag unter „2. Eltern“ Ihre Telefonnummer an, damit eine schnelle Kontaktaufnahme möglich ist und Termine leichter vereinbart werden können.

Diagnosen und Berichte

Damit ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX bestehen kann, muss bei Ihrem Kind eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegen und eine daraus hervorgehende wesentliche Teilhabebeeinträchtigung bestehen oder drohen.

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. Dafür muss das Gesundheitsamt (FD 53) von der Schweigepflicht entbunden werden (siehe Vordruck Schweigepflichtentbindung). Diese Möglichkeit besteht nur bei nicht eingeschulten Kindern.

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.

Verfahren

Nach Eingang Ihres vollständigen Antrages erfolgt zunächst die Prüfung aus verwaltungsrechtlicher bzw. wirtschaftlicher Sicht. Hierzu gehört z.B. auch – dies ist aber nur selten erforderlich – die Überprüfung von Einkommen und Vermögen.

Im Anschluss daran werden im Rahmen eines sog. „Gesamt- bzw. Teilhabeplanverfahrens“ die Teilhabebeeinträchtigungen überprüft und der individuelle Hilfebedarf festgelegt. Soweit Leistungen anderer Rehabilitationsträger (z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung) in Frage kommen, kann im Rahmen eines Teilhabeplanverfahrens die Beteiligung dieser Rehabilitationsträger erfolgen.

Nach 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 ausgefüllt
- Die Schweigepflichtentbindung und „Einwilligungserklärung Datenschutz“ sind dem Antrag beigelegt
- Diagnose/n und ggf. weitere Berichte
- Weitere Unterlagen (z.B. Schwerbehindertenausweis, Wohngeldbescheid, Pflegekassenleistungen...)
- Die Unterlagen sind von den Sorgeberechtigten unterschrieben
- Angabe der Telefonnummer auf dem Antragsbogen