

Az.: _____ Eingegangen am: _____

Antrag auf Gewährung von

- Ambulanter Eingliederungshilfe
 Einzelintegration im Kindergarten/Krippe
 Teilstationäre Betreuung in Tagesstätte
 Individualhelfer
 Erstantrag Weitergewährungsantrag

Einrichtung: _____

Beginn der Hilfe: _____ ggf. Buchungszeit: _____

Persönliche Verhältnisse des Kindes (Hilfempfänger):

Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Geburtsdatum	
Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Seit wann am jetzigen Wohnort:	
Staatsangehörigkeit	

Bei Nicht EU-Bürgern den Aufenthaltstitel bitte in Kopie beifügen!

Familienverhältnisse:

	Vater	Mutter
Leibliche Eltern		
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Arbeitgeber		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefonnummer		
Sorgeberechtigt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leibl. Geschwister	Geschwisterkind 1	Geschwisterkind 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		

Pflegekind	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Name der Pflegeeltern	
Seit wann in der Pflegefamilie?	
Anschrift / Telefonnummer	
Name und Anschrift des Kostenträgers Kopie des Bescheides bitte beifügen!	

Anderweitige Ansprüche:

Das Kind ist		<input type="checkbox"/> mit seinem Vater	<input type="checkbox"/> mit seiner Mutter	<input type="checkbox"/> selbst
		<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	krankenversichert.
Name der Krankenkasse				
Anschrift der Krankenversicherung				
Die Behinderung ist Folge eines	Unfalles	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
	Impfschadens	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
	schuldhaften Verhaltens Dritter	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

Weitere Angaben

Wurde Ihr Kind bereits gefördert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, von welcher Stelle? Name und Anschrift	
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen? Name und Anschrift Kopie des Bescheides bitte beifügen!	
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen/Leistungen bezogen (z. B. ALG, Bürgergeld, Wohngeld, Pflegegrad und Pflegegeld von Pflegekasse)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche und von welcher Stelle? Kopie des Bescheides bitte beifügen!	

Anlagen:

- ärztliches Gutachten und Berichte
- sonstiges (Schwerbehindertenausweis, ALG, Pflegegrad etc.)

Erklärung:

Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache/n.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sämtliche Änderungen in den persönlichen Verhältnissen dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Mir/uns ist bekannt, dass die Förder-, Behandlungs- und Hilfepläne zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet werden. Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

Hinweis gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Schwaben
Hafnerberg 10
86152 Augsburg
Telefon 0821 3101-0
E-Mail: poststelle@bezirk-schwaben.de

Die von Ihnen nach § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1e), Abs. 2 und 3 DSGVO. Ihre Daten können vom Bezirk Schwaben im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung an Dritte übermittelt werden (§§ 67 d ff. SGB X), z. B. an den Sozi-alleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechenden Stellen in anderen EU-Ländern. Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII). Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X). 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, § 84 SGB X). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen ggf. ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Schwaben, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Schwaben erreichen Sie unter der Telefonnummer 0821 3101351 oder über die E-Mail-Adresse: Datenschutz@bezirk-schwaben.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift beider Eltern bzw. der/des Sorgeberechtigten

Antrag zurück an:

Bezirk Schwaben -Sozialverwaltung-, Hafnerberg 10, 86152 Augsburg