



Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

I. Persönliche Verhältnisse des zu fördernden Kindes:

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Geschlecht	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Seit wann am jetzigen Wohnort?	
Staatsangehörigkeit (bei Ausländern Angabe des Aufenthaltstitels)	
Welcher Kindergarten bzw. welche schulvor- bereitende Einrichtung (SVE) wird zur Zeit besucht?	

II. Familienverhältnisse

	des Vaters	der Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum und -ort		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegekind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name der Pflegeeltern		
vollständige Anschrift		

III. Angaben zur beantragten Hilfe

Welche Frühförderstelle führt die Förderung durch?	
Ab wann wird die Hilfe beantragt?	
Von wem wurden Sie an die Frühförderstelle vermittelt?	
Wurde Ihr Kind bereits ambulant gefördert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, von wem?	
Wer hat die Kosten dieser Förderung übernommen?	

IV. Anderweitige Ansprüche

Krankenversicherung des Kindes	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> beim Vater <input type="checkbox"/> bei der Mutter <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich
Name der Krankenkasse	



Versicherungsnummer	
Anschrift	
Die Behinderung ist Folge	eines Unfalles <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein eines Impfschadens <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein schuldhaften Verhaltens Dritter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden derzeit andere Sozialhilfeleistungen bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	

- Anlage:**
- Förder- und Behandlungsplan
 - Pflegegutachten (soweit vorhanden)
 - Krankenhausentlassungsbericht (soweit vorhanden)
 - Befundung bzw. ärztliche Unterlagen der Frühförderstelle
 - ärztliches Gutachten über Schulrückstellung (soweit vorhanden)

Hinweis gem. Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) - Grundinformation:

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO: Bezirk Unterfranken, Silcherstraße 5, 97074 Würzburg, Tel.: 0931/7959-0, E-Mail: g.janke@bezirk-unterfranken.de

Die von Ihnen gem. § 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. 1 c), Abs. 2 und 3 DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Unterfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 143 ff. SGB IX). Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Weitergehende Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie auf der Homepage des Bezirkes Unterfranken (<https://www.bezirk-unterfranken.de/hilfen/sozialhilfe/53.Sozialhilfe.html>).

Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.

Sie können sich auch an den Datenschutzbeauftragten der Bezirksverwaltung des Bezirkes Unterfranken wenden, den Sie unter folgender Telefonnummer: 0931/7959-1625 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutzbv@bezirk-unterfranken.de erreichen.

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 der persönlichen Verhältnisse dem Sozialhilfeträger unverzüglich mitzuteilen.

Ich/Wir entbinde(n) meine/unsere behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist. Mir/uns ist bekannt, dass der Förder- und Behandlungsplan zusammen mit den vorgelegten ärztlichen Gutachten ggf. zu einer zusätzlichen ärztlichen Prüfung weitergeleitet wird.

Ort, Datum

Unterschrift(en)
der Eltern bzw. des/der Sorgeberechtigten