



## 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](mailto: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